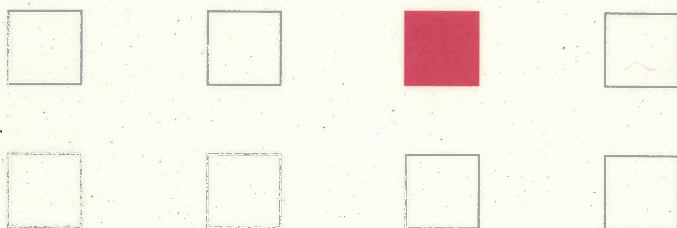


gecontroleerde heroïneverstrekking | dossier



Vereniging voor Alcohol- en andere Drugproblemen
E. Tollenaerestraat 15 | 1020 Brussel | T 02 423 03 33 | F 02 423 03 34 | vad@vad.be | www.vad.be

gecontroleerde heroïneverstrekking | dossier



Vereniging voor Alcohol- en andere Drugproblemen
E. Tollenaerestraat 15 | 1020 Brussel | T 02 423 03 33 | F 02 423 03 34 | vad@vad.be | www.vad.be

Colofon

studie en redactie
Tina Van Havere, stafmedewerker VAD

lay-out en druk
EPO drukkerij

reeks publicaties
harm reduction - basisinfo | dossier
pill testing | dossier
gecontroleerde heroïneverstrekking | dossier
betaling van gebruikers van illegale drugs voor medewerking aan wetenschappelijk onderzoek | dossier

verantwoordelijke uitgever
S. Ansoms | E. Tollenaerestraat 15 | 1020 Brussel
wettelijk depotnummer D/2003/6030/12 | © december 2003



Vereniging voor alcohol- en andere Drugproblemen
E. Tollenaerestraat 15 | 1020 Brussel
T 02 423 03 33 | F 02 423 03 34 | vad@vad.be | www.vad.be

Inhoudstafel

▸ Voorwoord

We komen de term harm reduction steeds vaker tegen in het werkveld van alcohol en andere drugs. Bijgevolg krijgt VAD regelmatig vragen over harm reduction, zowel over de inhoud van het begrip als over de concrete harm-reductionprojecten die in ons land lopen. Vandaar de aanleg van een reeks publicaties over harm reduction. Naast een basisdossier, dat zich vooral toespitst op de inhoud en de betekenis van het begrip harm reduction, werken we ook specifieke harm-reductiondossiers uit die een welbepaalde vorm van harm reduction belichten. Voor u ligt het dossier *gecontroleerde heroïneverstrekking*. Andere dossiers die al zijn verschenen, zijn: *pill testing* en *betaling van gebruikers van illegale drugs voor hun medewerking aan wetenschappelijk onderzoek*.

Elk van de harm-reductiondossiers bevat, naast een grondige literatuurstudie met feedback van experts, ook een visie van de sector. Voor het dossier *gecontroleerde heroïneverstrekking* willen we graag de mensen uit de alcohol- en drugsector bedanken die actief hebben meegewerkt aan de formulering van een visie over dit thema: Jean-Pierre Broothaerts (Primavera), Prof. dr. Jo Casselman (KUL), Else De Donder (VAD), Dr. Filip Delmeire (Eclips-CAT), Willy Demaere (Free Clinic), Kathleen Descheuteneer (straathoekwerk), Dimitri Driessen (CAD-Limburg), Alphonse Fransen (De Sleutel), Marijs Geirnaert (VAD), Jo Haest (Vagga-Altox), Marie-Claire Lambrechts (VAD), Luc Martens (De Sleutel), Dr. Edwin Mees (MSOC-Oostende), Krista Mertens (Vlastrov), Dr. Joris Van Acker (Free Clinic), Dr. Jan Van Bouchaute (MSOC-Gent), Annemie Van Cauwenberghe (SODA), Paul Van Deun (De Spiegel), Marcel Van Hex (CAD-Limburg), Walter Vermeiren (CGG Vlaams Brabant Oost-Leuven), Dr. Rita Verrando (MSOC-Limburg), Geert Verstuyf (VAD).
Daarnaast bedanken we ook de volgende deskundigen voor hun feedback en reflecties: Prof. Dr. Tom Decorte (Ugent), Willy Demaere (Free Clinic) en Freya Vanderlaenen (Ugent).

I ▸ Inleiding

A. Situering

Begin jaren '70 werd men in Vlaanderen geconfronteerd met de eerste heroïneafhankelijken, waarna een aantal categoriale voorzieningen opgericht werden voor de opvang en behandeling van deze doelgroep (Vanderplasschen et al., 2001). De afgelopen jaren breidde men de categoriale hulpverlening uit met straathoekwerk, medisch-sociale opvangcentra en een aantal sociale werkplaatsen (Vanderplasschen et al., 2001). Actueel richt men steeds meer initiatieven op die gebaseerd zijn op een harm-reductionbenadering, zoals spuitenruil, substitutiebehandeling,... (Leurquin et al., 2000). Hoewel methadon reeds vanaf de jaren zeventig als substitutiemiddel in gebruik is (Todts, 2002), bestaat er nog maar sinds kort een wettelijk kader om methadon voor te schrijven aan opiaatafhankelijken (Belgisch Staatsblad, 2002). Eind oktober zal men overgaan tot een Koninklijk Besluit. Uit de literatuur blijkt dat er bij een aantal heroïnegebruikers onvoldoende sprake is van verbetering of stabilisatie bij een methadonbehandeling of dat ze er geen baat bij lijken te hebben (Centrale Commissie Behandeling Heroïneverslaafden (CCBH), 2002; Metrebian et al., 2001; Uchtenhagen et al., 1995; Fischer & Rehm, 1997; Fischer et al., 2002). De vraag of gecontroleerde heroïneverstrekking hier een oplossing kan bieden, duikt steeds vaker op en staat ter discussie. Uit de media en de federale drugnota (Federale regering, 2001) blijkt dat ook de politici geïnteresseerd zijn in projecten over heroïneverstrekking. Maar vooraleer de bevoegde ministers een experiment naar gecontroleerde heroïneverstrekking in overweging zouden nemen, dienen de reeds lopende of afgelopen experimenten geëvalueerd te worden (Federale regering, 2001).

Zwitserland, Nederland, het Verenigd Koninkrijk, Duitsland en Australië hebben alle reeds onderzoek uitgevoerd naar of het debat gevoerd over gecontroleerde heroïneverstrekking en komen in dit dossier aan bod. In deze tekst trachten we een synthese te geven van de belangrijkste resultaten van deze experimenten.

Canada zou in 2003 van start gaan met experimenten met heroïne in Vancouver, Toronto en Montreal, maar de ethische commissie moet ze nog goedkeuren. In Frankrijk wacht men nog steeds op de beslissing van de betrokken beleidsmakers en in Spanje zijn twee protocols (studie in Andalusië en Catalonië) goedgekeurd (Fischer et al., 2002; EMCDDA, 2000).

B. Begripsomschrijving

Er bestaat een verschil tussen enerzijds de medisch georiënteerde begrippen *voorschrijven* en *verstrekken* en anderzijds hetgeen in de maatschappelijke discussie *vrije heroïneverstrekking* wordt genoemd. Een arts behandelt een cliënt, al dan niet experimenteel, op medische indicatie. Hiermee wordt bedoeld dat de medische wetenschap aanwijzingen geeft dat een medische behandeling of ingreep de klacht(en) of aandoening(en) van de cliënt kan genezen of verlichten. Het voorschrijven van geneesmiddelen (via het uitschrijven van een recept) kan onderdeel zijn van de medische behandeling. Op grond van dit *voorschrijven* worden aan de cliënt (meestal via de apotheek) de desbetreffende medicamenten *verstrekt* (Gezondheidsraad, 1995).
'Met *vrije verstrekking* wordt in de maatschappelijke discussie een situatie aangeduid waarin levering van middelen geschiedt op verzoek van de cliënt, zonder medische indicatiestelling en zonder recept; een situatie vergelijkbaar dus met de (vrijwel) vrije beschikbaarheid van bepaalde andere psychotrope en potentieel verslavende stoffen zoals alcohol en tabak' (Gezondheidsraad, 1995, p. 19).
We kiezen hier bewust voor de term 'gecontroleerde heroïneverstrekking'. 'Vrije' of 'gratis' heroïne zijn dus niet op hun plaats. Niet iedereen die ooit heroïne heeft gebruikt, heeft het recht op deze behandeling. Want hier ligt duidelijk de nadruk op: het gaat om hulpverlening met een duidelijk behandelingskader.

C. Pro en contra

Momenteel is er een debat gaande over het al dan niet uitvoeren van een onderzoek naar gecontroleerde heroïneverstrekking, waarin alle mogelijke voor- en nadelen aan bod komen. We zetten de argumenten pro en contra **die we terugvinden in de literatuur** op een rijtje:

Pro:

- **Het aantrekken van injecterende druggebruikers tot de hulpverlening en ze hierin proberen te houden**[1] (Metrebian et al., 1996). Dit houdt ook in dat de methadonprogramma's er momenteel niet in slagen voldoende druggebruikers in een behandeling op te nemen (o.a. door een tekort aan plaatsen in de voorzieningen).

[1] Dit is ook één van de voornaamste doelstellingen van het project Spuitenruil.

- Bovendien minimaliseert men door het installeren van een **gesuperviseerd medisch kader** de kans op overdosissen en op infecties zoals HIV en hepatitis die verspreid worden door het delen van naalden. (Metrebian et al., 1996).
- Door de contacten die men legt met de gebruikers, kan men hen stimuleren om op een **andere manier** de heroïne in te nemen (bv. chinezen in plaats van spuiten) (Metrebian et al., 1996).
- Het verstrekken van heroïne zou als **brugfunctie** dienen naar een behandeling met methadon (Metrebian et al., 1996).
- Tenslotte zal het de **zwarte markt ondergraven en de criminaliteit reduceren** (Metrebian et al., 1996). Voor de maatschappij houdt dit een economische winst in (Uchtenhagen et al., 1999).

Contra:

- Als tegenargumenten horen we vaak dat het verstrekken van heroïne eigenlijk neerkomt op het **onderhouden van de afhankelijkheid** (Metrebian et al., 1996).
- Als het verstrekken van heroïne niet in een protocol vastgelegd werd, bestaat er het risico dat **misbruik** gemaakt wordt van de voorgeschreven heroïne. Dit kan verhinderd worden door de innamen verplicht onder toezicht te laten plaatsvinden (Metrebian et al., 1996).
- Een belangrijk nadeel van heroïne is dat het vrij **snel** is **uitgewerkt** en vele cliënten klagen dan ook over ontwenningsverschijnselen (Metrebian et al., 1996). De noodzakelijke hoge frequentie van toedieningen waarvoor men telkens naar de voorziening moet komen, kan voor een hogere drop-out zorgen.
- Tenslotte kan het voorschrijven van heroïne het **injecteren** van heroïne onderhouden wat schadelijker is dan het toedienen via orale weg (Metrebian et al., 1996).
- Bij het bespreken van de verschillende experimenten zullen we met deze argumenten rekening houden en deze vergelijken met de resultaten die bekomen werden in de verschillende landen.

D. Conclusie

Zoals reeds vermeld lijkt een evaluatie van de afgelopen en nog steeds lopende experimenten essentieel vooraleer men in overweging kan nemen of een experiment naar gecontroleerde heroïneverstrekking in België mogelijk is.

Het volgende onderdeel bestaat uit een synthese van de belangrijkste bevindingen van de experimenten in Zwitserland, Nederland, het Verenigd Koninkrijk, Australië en Duitsland. Allereerst wordt zeer beknopt de situatie m.b.t. het druggebruik van het besproken land geschetst. Vervolgens bespreken we het doel en de opzet van het onderzoek met de bijhorende inclusiecriteria voor de participanten. Tenslotte komen ook de voornaamste resultaten van de experimenten aan bod.

In het derde onderdeel focussen we even op België en de cijfers over heroïne- en methadongebruik die ter beschikking zijn. We bespreken ook kort het klinische protocol voor een experiment met gecontroleerde heroïneverstrekking dat de Universiteit van Luik reeds heeft opgesteld.

Tenslotte wensen we aan dit dossier een standpunt van de sector te koppelen. Dit zal het resultaat zijn van verschillende ontmoetingen tussen geïnteresseerden uit het werkveld.

2 ▸ Overzicht van bestaande experimenten met gecontroleerde heroïneverstrekking

A. Zwitserland

Situatieschets

Zwitserland heeft een zeer bewogen verleden aangaande hun visie op druggebruik (Klingemann, 1996). In 1986 verzamelden zich ongeveer 3000 heroïnegebruikers in Platzspitz, het 'needle parc', dat wereldberoemd werd. De politie sloot dit park, maar de groep verplaatste zich naar een gesloten treinstation. De poging om het druggebruik te elimineren mislukte. Dit was een aanleiding voor de Zwitserse regering om het probleem anders aan te pakken en men concentreerde zich sindsdien op het uitbouwen van de drughulpverlening. Momenteel bestaat er dus een zeer goed uitgebouwde drughulpverlening. Men schat dat meer dan 60 % van de opiaatafhankelijken in Zwitserland in behandeling is (Rehm et al., 2001). Het voorschrijven van heroïne wordt dan ook als een aanvulling op de hulpverlening beschouwd (Klingemann, 1996).

Onderzoek

Op 1 januari 1994 startte in Zwitserland een wetenschappelijk onderzoek naar de effecten van het medisch voorschrijven van narcotica (Medical prescription of narcotics research programme: PROVE). Een gedetailleerd protocol werd opgesteld om drie jaar lang (tot 31 december 1996) alle gegevens over dit onderzoek te verzamelen. Dit onderdeel is voornamelijk gebaseerd op het rapport van het onderzoek 'Prescription of narcotics for heroin addicts' (Uchtenhagen et al., 1999) en een syntheseartikel van dit experiment (Uchtenhagen et al., 1997). Het rapport verzamelt de gegevens van de verschillende studies in dit experiment in één synthese.

Doel van het onderzoek

In eerste instantie focuste men zich voornamelijk op volgende topics:

- ▸ effect van het voorgeschreven narcoticum;
- ▸ effecten op de gezondheid;
- ▸ effecten op de sociale integratie;

- effecten op de afhankelijkheid van de participanten;
- geschiktheid van deze behandeling voor heroïneafhankelijken wiens vorige therapieën niet succesvol waren;
- effect van deze behandeling in vergelijking met andere therapieën.

Secundaire onderzoeksvragen:
- de farmacologie en toxicologie van de voorgeschreven middelen;
- effect op de gezondheidstoestand van de cliënt, hun levensstijl en afhankelijkheid;
- de uitvoerbaarheid van het onderzoek;
- de kosten-batenanalyse.

Korte bespreking van het project

Volgende narcotica werden voorzien: morfine, methadon en heroïne voor intraveneus en oraal gebruik. Bijkomend kon men ook heroïne roken en werd er een vooronderzoek opgestart naar cocaïnesigaretten. De injecties werden gesuperviseerd en de injecteerbare narcotica mochten niet mee naar huis genomen worden; de overige middelen wel. Er stond geen limiet op de hoeveelheid narcotica die mocht voorgeschreven worden.
Naast het voorschrijven van narcotica werd er ook (verplichte) psychosociale begeleiding voorzien. Concreet hield dit in dat er wekelijkse bijeenkomsten (individueel of in groep) werden georganiseerd met de begeleider en bijeenkomsten met een derde (familie). Deze support werd aangepast naargelang de behoeften van de cliënt en de beschikbaarheid van de staf.

De opzet van het onderzoek

In de eerste fase van het onderzoek namen 7 centra deel aan het onderzoek. Op basis van de ervaring van de eerste serie hulpverleningscentra en de verscheidenheid van de resultaten breidde men het onderzoeksplan uit met een tweede serie voorzieningen. In totaal werden er 18 voorzieningen betrokken in het onderzoek, inclusief één penitentiaire instelling. In deze 18 centra zette men twee dubbelblind studies[2], drie gerandomiseerde studies[3] en elf studies met individuele keuze[4] op.

---

2 Noch patiënt, noch de begeleider weet welk middel er voorgeschreven werd.
3 De behandeling is at random verdeeld.
4 De behandeling is verdeeld op basis van vorige ervaringen en de keuze van de participant.

Door het grote aantal deelnemende centra, waren uniforme afspraken over verantwoordelijkheid, dataverzameling en het doorgeven van data noodzakelijk. De voorbereiding van het protocol, de procedure van de dataverzameling, het analyseren van gegevens en het samenstellen van onderzoeksrapporten werden toevertrouwd aan een onafhankelijke onderzoeksgroep. Bovendien was een gespecialiseerde groep verantwoordelijk voor het opvolgen en analyseren van eventuele neveneffecten van de voorgeschreven middelen en andere niet-intentionele gevolgen.

Dit onderzoek bestond uit verschillende studies. Het **hoofdonderzoek** bestudeerde voornamelijk de cliënten en hun medische en sociale karakteristieken bij toelating tot het experiment, tijdens participatie in het onderzoek, bij ontslag uit het onderzoek of bij wijziging van behandeling. De informatie hiervoor haalde men uit periodieke interviews (na 6, 12 en 18 maanden in behandeling) uitgevoerd door getrainde interviewers.
Ook de gegevens over de dagelijkse behandelingen die elektronisch verzameld werden in de centra werden hierbij opgenomen. Bijkomend ging deze studie ook de organisatie van de voorziening en de verstrekking van de narcotica, de professionele achtergrond van de staf en de problemen die zich voordeden tijdens de behandeling na. Deze informatie werd verzameld via periodieke interviews afgenomen bij projectleiders.

Speciale **medische** studies focusten zich op de specifieke onderzoeksopzetten (dubbelblind en gerandomiseerde studies). Ze bestudeerden de effecten en neveneffecten van de voorgeschreven middelen. Andere onderzoeken volgden de zwangerschappen op die zich voordeden tijdens de behandeling, de sterfgevallen, de farmacologische kenmerken van de middelen en de testen met niet-injecteerbare heroïne.

Speciale **sociale** studies gingen de veranderingen in het crimineel gedrag na, de incidentie van delicten en het voorkomen van veroordelingen. Hiervoor raadpleegde men politierapporten en een centraal crimineel register, die vergeleken werden met de informatie die door de participanten zelf werd aangebracht.

Speciale **economische** studies kregen de opdracht om de kosten van de behandeling na te gaan en vervolgens te bekijken of er een economisch voordeel was bij deze behandeling.

Criteria voor participanten

- minimum 20 jaar oud;
- reeds (min.) twee jaar problematisch gebruik van heroïne;
- herhaaldelijk falen van vorige behandelingen;
- negatieve invloed van druggebruik op gezondheid en/of sociale status.

Resultaten

De resultaten kunnen onderverdeeld worden in meerdere groepen: resultaten over de onderzoeksopzet, over de middelen, over de cliënten en over de voorzieningen. Vervolgens bespreken we beknopt de kosten-batenanalyse.

Resultaten over de onderzoeksopzet
Het onderzoeksplan en de verschillende sub-studies werden meestal uitgevoerd zoals gepland. Enkel de dubbelblind en gerandomiseerde studies duurden maar 42 dagen. Men kon dus geen conclusies maken over de langetermijneffecten.
Dit programma bereikte een grotere doelgroep in vergelijking met andere behandelingsprogramma's. De evaluatie van het ganse programma (alle verschillende studies, over de verschillende voorzieningen, met alle participanten die deelgenomen hebben aan het experiment) is gebaseerd op gegevens van 1.151 cliënten die toegelaten werden tot het programma van 1994 tot 1996 en die effectief de behandeling hebben gestart. De cliënten waarvan men **alle** gegevens had (n= 1.035) werden verdeeld over 2 groepen (voor en na de uitbreiding van het onderzoek) zodat het mogelijk zou zijn om eventuele verschillen tussen de twee groepen te constateren. Aan het einde van 1996 hadden 353 cliënten de studie verlaten.
Alle elektronische data van 498.073 behandelingsdagen nam men op in de analyses. De analyse was gebaseerd op geobserveerde veranderingen tijdens 6, 12 en 18 maanden in behandeling.

Resultaten over de middelen
De rekrutering, retentie (het aantal dat het programma voltooit) en compliance (therapietrouw) waren beter bij het voorschrijven van injecteerbare heroïne in vergelijking met injecteerbare morfine en methadon.
De voordelen van injecteerbare morfine en methadon bleken maar beperkt te zijn. Bovendien was heroïne therapeutisch gezien meer geschikt doordat het minder neveneffecten had. Totnogtoe zijn er geen duidelijke contra-indicaties voor het ver-

strekken van heroïne. Personen met een verleden van epilepsie worden wel aangeraden om hiermee met de nodige voorzichtigheid om te gaan.
Voor de cliënten die niet wilden/konden injecteren was er ook de mogelijkheid heroïne in te nemen via andere wegen: heroïnesigaretten, slow-release heroïnetabletten, heroïnecapsules, heroïnesuppositoires, aërosol met vloeibare heroïne en aërosol met sublimatie van heroïne.
Heroïnesigaretten tonen aan niet effectief te zijn (90 % van de heroïne wordt opgebrand) en kan eventueel vervangen worden door andere, niet-injecteerbare vormen.
Slow-release heroïnetabletten en heroïnecapsules werden goed getolereerd en veroorzaakten geen specifieke nevenwerkingen.
Heroïnesuppositoires zorgden voor lichte darmklachten vlak na de inname.
De extreme bitterheid van **de aërosol met vloeibare heroïne** veroorzaakte misselijkheid, waardoor de cliënten niet langer deze vorm wensten te gebruiken. De **sublimatie van heroïne** had daarentegen geen bittere smaak, noch werden er andere problemen gesignaleerd.

Resultaten over cliënten
Het volgende deel is een samenvatting van de veranderingen die zich voordeden in de gezondheidstoestand van de cliënten tijdens de behandeling, hoe gebruik van illegale drugs en sociale integratie evolueerde tijdens het programma en welke veranderingen zich voordeden in hun criminele gedrag.

De verbeteringen in de lichamelijke **gezondheid** die zich voordeden tijdens de behandeling met heroïne bleven stabiel gedurende anderhalf jaar. Bij sommigen bleef hun gezondheidstoestand verder verbeteren. Ook het voorkomen van depressies, angststoornissen en waanbeelden verminderde. Cliënten die reeds voor de behandeling een HIV-infectie of andere infecties hadden, werden doorverwezen voor gepaste medische hulp. Drie nieuwe HIV-infecties, vier hepatitis B-infecties en vijf hepatitis C-infecties doken op tijdens het programma. Dit deed zich voor in de eerste maanden van de behandeling en is waarschijnlijk gerelateerd aan het injecteren van cocaïne buiten het programma. De zwangerschappen en bevallingen tijdens de behandeling waren zonder complicaties; men vond geen indicaties van ontwikkelingsbeperkingen bij de pasgeborenen.

Het **gebruik van illegale** heroïne en cocaïne verminderde snel en zeer duidelijk, terwijl de daling van het gebruik van benzodiazepines maar traag op gang kwam en de consumptie van alcohol en cannabis bijna niet veranderde. Bij een minderheid

bleef het regelmatig gebruik van cocaïne (5 %) en benzodiazepines (9 %) zelfs na 18 maanden behandeling nog steeds een probleem.

De **huisvestingsproblemen** van de participanten verbeterden en bleven stabiel (bijna niemand was nog dakloos). Ze werden ook steeds bekwamer om te werken; het aantal personen met permanent werk verdubbelde (van 14 naar 32 %), werkloosheid daalde met meer dan de helft (van 44 naar 20 %); de anderen kregen een toelage of hadden een onregelmatige job of deden thuiswerk. Bovendien verminderden schulden voortdurend tijdens de behandeling.
Eén derde van de personen die oorspronkelijk een toelage kregen, hadden geen verdere steun meer nodig; aan de andere kant waren er dan weer nieuwe personen die de financiële steun konden gebruiken (als gevolg van het verlies van hun illegale inkomen). Contacten met het drugmilieu namen af, maar werden niet volledig ingevuld door nieuwe sociale contacten.

Het verwerven van een inkomen via **illegale en semi-illegale activiteiten** deed zich steeds minder voor (van 70 naar 10 %). Tijdens de eerste zes maanden van de behandeling verminderde zowel het aantal misdadigers als het aantal misdaden met 60 % volgens de informatie van de participanten en die van de politierapporten[5]. Ook de frequentie van veroordelingen nam af met 80 %. Dit houdt in dat er een vermindering in de ernst van de misdrijven heeft plaatsgevonden, vermits ze niet meer leiden tot veroordelingen.

De verbeteringen in de gezondheidstoestand en de sociale situatie kon men bij sommigen reeds vanaf het begin van de behandeling vaststellen, bij anderen pas na enkele maanden. Dit speelde een belangrijke rol in het voorkomen van het vroeger uitstappen uit het programma. De **retentie** van 89 % na 6 maanden en 69 % na 18 maanden bleek toch boven het gemiddelde te zijn van andere behandelingsprogramma's voor problematische gebruikers van heroïne. Van diegene die het programma verlieten ging 63 % over naar een andere behandeling. Een groot aantal werd opgenomen om gezondheidsredenen. 34 mensen stierven tegen het einde van 1996. Infectueuze ziektes en AIDS hadden hierin een groot aandeel; zo ook overdosissen van niet-voorgeschreven producten, suïcide en fatale ongelukken.

---

5 Van 385 participanten had men zelfgerapporteerde data door interviews; van 650 participanten via additionele vragenlijsten. Politiegegevens werden opgevraagd voor 604 participanten en het aantal overtredingen werd bekeken voor 561 participanten.

Resultaten over dienstverlening

Initiële problemen hadden voornamelijk te maken met het rekruteren van participanten, en financiële en organisatorische aspecten. De tweede serie centra kon zich baseren op de ervaringen van de eerste serie diensten. Zij bleken dan ook minder problemen te signaleren. De buurt werd niet gestoord of indien dit wel bleek te zijn, was dit maar tijdelijk. Andere belangrijke veiligheidsproblemen werden opgelost. De kans op een overdosis bleef echter bestaan onder de cliënten die nog steeds bleven bijgebruiken. Hiervoor werden de nodige voorzorgsmaatregelen getroffen, maar geen enkele overdosis ten gevolge van de voorgeschreven dosis deed zich voor.

Kosten-batenanalyse

Een gedetailleerde analyse van de kosten toonde een gemiddelde van ongeveer € 35,10 per persoon per dag. Het financiële voordeel dat deze behandeling had, bedroeg € 66,10 (voornamelijk door de besparingen op gerechtsonderzoeken, op plaatsingen in de gevangenissen en verbeteringen in hun gezondheidstoestand). Na aftrekking van de kosten, resulteerde dit in een economisch voordeel van € 31 per persoon per dag [6].

Conclusie

- Behandeling door heroïneverstrekking is efficiënt voor de doelgroep en kan veilig uitgevoerd worden.
- Als gevolg van de hoge retentie kunnen er zich significante verbeteringen voordoen op gebied van gezondheidstoestand en levenswijze. Deze blijven ook aanwezig na het programma.
- In vergelijking met de problemen in hun gezondheidstoestand bij het begin van de behandeling is het sterftecijfer van 1 % relatief laag. In een methadonsubstitutiebehandeling is dit tweemaal zo hoog.
- Deze verbeteringen werden bereikt onder voorwaarde dat het voorschrijven van heroïne deel uitmaakt van een bredere 'assessment' en programma.
- Ook de condities van waaruit het programma gestuurd werd zijn belangrijk; de veiligheid van cliënten en anderen kan enkel gegarandeerd worden door gepaste supervisiemaatregelen.
- De economische voordelen van gecontroleerde heroïneverstrekking zijn beduidend.

6 Voor een gedetailleerde beschrijving: Gutzwiller, F., & Steffen T. (2000). Cost-benefit analysis of heroin maintenance treatment. Freiburger: Karger.

De onderzoekers opteerden voor een voortzetting van de behandeling voor de specifieke doelgroep en in gelijkaardige condities.
Toch mogen we niet vergeten dat uit een referendum in 1997 bleek dat 71 % van het publiek het programma steunde (NewsBriefs, 1998; Wodak, 2001) en de condities van de Zwitserse drughulpverlening optimaal genoemd worden. Dit speelt een essentiële rol in het succes van dit experiment.
Momenteel kan men nog steeds deze vorm van behandeling krijgen. Het aantal cliënten bedroeg tegen het einde van 2000 1.038 terwijl er 1.194 plaatsen beschikbaar waren voor een heroïnebehandeling. Deze behandeling krijgt dus geen prioriteit op andere behandelingsvormen, anders zou er geen sprake zijn van plaatsen die niet ingevuld werden. Dit wijst er op dat een heroïnebehandeling geen vervanging is van andere substituties of abstinentie-behandelingen, maar eerder een aanvulling is voor gebruikers die door de mazen van het net glippen (Swiss Federal Office of Public Health, 2001). Heroïneverstrekking is momenteel reeds een deel van de reguliere drughulpverlening (Fischer et al., 2002).

Bedenkingen

In de literatuur vinden we enkele kritieken op dit experiment terug, waarbij het gebrek aan een controlegroep het meest genoemd wordt. Hierdoor kan men geen rechtstreekse correlatie aanduiden tussen het gebruik van legale heroïne en de opgesomde verbeteringen, omdat het voorschrijven van heroïne opgenomen was in een bredere zorg (o.a. psychosociale begeleiding) (Perneger et al. 1998; Slatel & Aeschbach, 1999; Jepsen, 1999). Jepsen (1999) voegt daar wel aan toe dat het niet de bedoeling is om enkel het middel te verstrekken, maar het te kaderen in een integrale zorg. Met ander woorden het aantonen van een rechtstreeks verband is niet noodzakelijk zolang er maar verbeteringen optreden.
Verder heeft men de randomisatie over de groepen met heroïne, methadon en morfine niet kunnen vervolledigen wegens persoonlijke voorkeur en neveneffecten. Sommige artikels wijzen ook op de keuze van psychosociale begeleiding en niet zozeer de verplichting (Slatel, & Aebach, 1999).
Bovendien waren alle metingen op basis van zelfgerapporteerde bevindingen, dus kunnen we ons de vraag stellen of informatiebias[7] een rol heeft gespeeld in de resultaten van het onderzoek (Perneger et al., 1998; Simoens et al., 2002).

[7] Informatiebias = systematische verschillen tussen de zelfgerapporteerde en objectieve meetresultaten (Simoens et al., 2002).

Deze bedenkingen werden ook geformuleerd door het onafhankelijk evaluatiecomité van de WHO ter evaluatie van het Zwitserse project in opdracht van het INCB (INCB, 2002).

B. Nederland

Situatieschets

In het najaar van 1995 verscheen in Nederland de 'paarse' drugnota "Continuïteit en verandering". De algemene harm-reductioninbedding van het beleid bleef in deze nota gehandhaafd. Er werden ook vernieuwingen aangekondigd naar aanleiding van de buitenlandse kritiek op het Nederlandse drugbeleid die voor een deel aansluiten bij experimenten die in andere Europese steden al enige tijd gaande zijn (Leuw & Grapendaal, 1995). In 1995 bracht de commissie van de Gezondheidsraad een deeladvies uit aan de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport om een wetenschappelijk onderzoek in te stellen naar het effect van heroïneverstrekking (Gezondheidsraad, 1995). Dit advies werd door het parlement en de regering onderschreven en er werd een Centrale Commissie Behandeling Heroïneverslaafden opgericht.
Het aantal heroïne-afhankelijken in Nederland wordt momenteel geschat op ongeveer 25.000 (Hendriks et al., 2000), waarvan er meer dan 70% in behandeling zou zijn (Rehm et al., 2001; Driessen, 1990).

Onderzoek

De Centrale Commissie Behandeling Heroïneverslaafden (CCBH) ontwikkelde en voerde een onderzoek uit naar de effectiviteit van de verstrekking van heroïne op medisch voorschrift (CCBH, 2000). Het onderzoek startte in juli 1998 en begin 2000 werd het tussentijds geëvalueerd. In 2000 bundelde men alle resultaten en gaf men deze weer in het rapport 'Heroïne op medisch voorschrift'. Het volgende onderdeel is gebaseerd op een verkorte weegave van dit rapport (CCBH, 2000).

Doel van deze studie

Primair wou men volgende topics nagaan:

- effectiviteit van het voorschrijven van orale methadon in combinatie met heroïne en vergelijken met de standaardbehandeling (orale methadon alleen) bij chro-

nische, therapieresistente heroïnegebruikers;
- effect op lichamelijke gezondheidstoestand en psychisch functioneren;
- effect op sociaal functioneren en sociale integratie;
- effect op gebruik van illegale drugs van de participanten.

Secundaire onderzoeksdoelen:
- Het vergelijken van de effectiviteit van het voorschrijven van heroïne in combinatie met methadon gedurende 6 en 12 maanden.
- Het evalueren van het effect van beëindiging van het gecombineerd voorschrijven van heroïne en methadon na een periode van 12 maanden.
- Het evalueren van het effect van behandeling op de tevredenheid van de cliënten.
- Het genereren van hypothesen ten aanzien van de indicatiestelling voor een behandeling met heroïne op medisch voorschrift.

Korte bespreking van het project

Tussen 15 juli 1998 en 1 oktober 2000 werden de deelnemers gerekruteerd uit de bestaande methadonsubstitutieprogramma's. Door middel van randomisatie werden de participanten toegewezen aan het methadonprogramma waaraan zij reeds deelnamen (controleconditie), dan wel de nieuwe behandeling met heroïne op medisch voorschrift (experimentele conditie). Niet alleen de injecties maar ook de orale innamen van de heroïne waren onder toezicht. Verder hadden de participanten in de experimentele conditie toegang tot hetzelfde aanbod van medische en psychosociale hulp als cliënten in de controleconditie. In geen van beide condities was de psychosociale behandeling verplicht.
De hoeveelheid heroïne werd beperkt tot 1.000mg per dag en 400mg per keer; bij methadon moest men minimum 30 – 50mg per dag innemen en was de maximumhoeveelheid 150mg per dag.

De opzet van het onderzoek

Het onderzoek werd uitgevoerd in twee fasen: een eerste fase ging de medische veiligheid, de openbare orde en de beheersaspecten na. Na een positieve evaluatie breidde men het onderzoek uit naar zes gemeenten.

Het onderzoek bestond uit twee gerandomiseerde multicenter studies (zie figuur 1), die parallel werden uitgevoerd: een studie bij (intraveneus) injecterende heroïnegebruikers (n = 174) en een studie bij inhalerende heroïnegebruikers (n = 375). In

tegenstelling tot het experiment in Zwitserland was dit geen dubbelblind onderzoek. Gedurende de kwalificatieperioden van maximaal acht weken werd – op grond van de heroïnetoedieningswijze en gezondheidstoestand van de betrokkene – bepaald of de persoon voor injecteerbare, dan wel inhaleerbare heroïne in aanmerking kwam. Het onderzoek naar inhaleerbare heroïne bestond uit drie groepen. In de oorspronkelijke opzet van het onderzoek naar injecteerbare heroïne was eveneens sprake van drie groepen. De derde groep werd uiteindelijk vanwege de lage prevalentie van injecterende heroïnegebruikers in Nederland niet opgenomen in het onderzoek.

Figuur 1. Onderzoeksopzet

Kwalificatieperiode			*Experimentele periode*		*Follow-up periode*
Toediening	*Fase I 4-8 wkn*	*Groep*	*Fase IIa 6 mnd*	*Fase IIb 6 mnd*	*Fase III 6 mnd*
		A	M	M	M + H
INHALATIE	M*	B	M + H	M + H	Meest geschikte zorg**
		C	M	M + H	Meest geschikte zorg**
INJECTIE	M*	A	M	M	M + H
		B	M + H	M + H	Meest geschikte zorg**

* M = behandeling met methadon alleen, M + H = gecombineerde behandeling met methadon en heroïne
** Meest geschikte zorg, m.u.v. heroïne op medisch voorschrift. Twee maanden na het staken van de heroïnebehandeling kon deze behandeling onder bepaalde voorwaarden worden herstart op individuele, medische indicatie (Bron: ccbh, 2002).

De effecten van de behandeling werden geëvalueerd op basis van tweemaandelijkse metingen bij de deelnemers via standaardinstrumenten. De belangrijkste uitkomstmetingen vonden plaats na 6 (einde van fase IIa) en 12 maanden randomisatie (einde van fase IIb; primaire uitkomstmeting).
Na afloop van de experimentele onderzoeksfase kwamen alle deelnemers terecht in een follow-up studie. Deelnemers van groep A kregen de mogelijkheid gedurende zes maanden heroïne in combinatie met methadon verstrekt te krijgen. De participanten uit groep B mochten terugkeren naar hun oorspronkelijk methadonsubstitutieprogramma of een ander geschikt programma, met uitzondering van heroïne op medisch voorschrift. Dit gold zowel voor diegene die baat hadden bij deze behandeling (responders) als voor participanten waarbij de resultaten niet gunstig waren (non-responders). Voor de non-responders was de beëindiging van de heroïnebehandeling definitief. Dit was eveneens het geval voor responders waarbij twee maanden na de

behandeling nog geen teken was van verslechtering. De heroïnebehandeling kon wel terug worden opgezet indien responders twee maanden na beëindiging van hun behandeling terug negatief geëvolueerd waren (verslechtering van meer dan 20 % in vergelijking met de baseline-meting).

Criteria voor participanten

De participanten waren chronisch afhankelijk van heroïne en hadden eerder zonder succes deelgenomen aan één of meerdere methadonsubstitutiebehandelingen. Om deze doelgroep te identificeren werd op basis van voorafgaand onderzoek een aantal selectiecriteria opgesteld (zie figuur 2).

Figuur 2: inclusie- en exclusiecriteria

Inclusiecriteria	*Exclusiecriteria*
1. therapieresistentie, blijkend uit: ▸≥ 5 jaar heroïne-afhankelijkheid; ▸ten minste 1 maand aaneengesloten dagelijkse methadondosis ≥ 50 mg (inhalerende verslaafden) of ≥ 60 mg (injecterende verslaafden) in voorafgaande 5 jaar; ▸regelmatig onder behandeling in een methadonprogramma in de voorafgaande zes maanden; ▸chronische verslaving aan heroïne en zonder succes eerder behandeld in methadonbehandeling; ▸(bijna) dagelijks gebruik van illegale heroïne; ▸slechte lichamelijke gezondheid en/of geestelijke gezondheid en/of slecht sociaal functioneren/integratie.	1. personen die niet aan alle inclusiecriteria voldoen

2. heroïnetoediening voornamelijk door middel van intraveneuze injectie of inhalatie;	2. ernstige medische, psychiatrische of psychosociale problemen die een contra-indicatie vormen voor deelname
3. leeftijd ten minste 25 jaar;	3. ernstige problemen die de uitvoering of interpretatie van het onderzoek kunnen verstoren;
4. Nederlandse nationaliteit of legaal verblijvend in Nederland;	4. geschiedenis van agressief gedrag, die de uitvoering van het onderzoek en/of deelname van andere personen kan verstoren;
5. ten minste 3 jaar geregistreerd als inwoner van de gemeente;	5. zwanger of blijvend borstvoeding gevend;
6. bereid en in staat om in de deelnemende behandelingsinstelling mee te werken aan de vereiste metingen en overige procedures in het onderzoek;	6. niet in staat of bereid om regelmatig naar het behandelcentrum te komen voor de vereiste metingen (inclusief personen die gedurende de onderzoeksperiode drie maanden of langer in detentie zullen verblijven);
7. bereid ten minste 3 dagen per week de behandelingsinstelling te bezoeken;	7. een levensverwachting korter dan de onderzoeksperiode;
8. schriftelijke toestemmingsverklaring ondertekend.	8. de heroïneverslaving is ondergeschikt aan een niet-opiaatverslaving;
	9. niet bereid de voorgeschreven heroïne in de behandelingsinstelling te gebruiken;
	10. een periode van vrijwillige heroïne-abstinentie van ten minste 2 maanden in het voorafgaande jaar;
	11. methadondosering ≥ 150 mg per dag;
	12. heroïnedosering ≥ 1000 mg per dag;
	13. deelname aan andere klinische studie gericht op verslavingsbehandeling;
	14. Nederlandse taal niet machtig zijn.

Bron: CCBH, 2002

Resultaten

Resultaten over onderzoeksopzet

De auteurs zijn van oordeel dat alle gegevens die men verzameld en geanalyseerd heeft, het resultaat zijn van een succesvolle rekrutering van cliënten, methodologische verantwoorde procedures en statistische analysestrategieën.
Het is gelukt om voldoende cliënten uit de doelpopulatie bereid te vinden voor deelname aan het onderzoek. Men is er echter niet in geslaagd om voldoende injecterende gebruikers bij de studie te betrekken.
De randomisatie resulteerde in goed vergelijkbare onderzoeksgroepen bij de aanvang van de studie en dus kon vertekening van de resultaten door selectie (selectiebias) vrijwel uitgesloten worden. Echter alle effectparameters waren gebaseerd op zelfrapportage wat eventueel een vertekening in de informatie kan in de hand werken. Bovendien was er hier geen sprake van een dubbelblind studie, waardoor de kans op informatiebias nog werd vergroot.
Verder was er ook een verschil in de condities tussen de controle- en experimentele groep: de behandeling met enkel methadon vond plaats in reeds bestaande voorzieningen, terwijl de experimentele groep een nieuwe setting kreeg, met een nieuwe staf. Dit kan de resultaten beïnvloed hebben en men kan dus niet besluiten dat de veranderingen bij de cliënten integraal te wijten zijn aan het voorgeschreven middel.

Resultaten over middelen

De belangrijkste bevinding van de studie onder chronisch, therapieresistente heroïnegebruikers afkomstig uit een methadonsubstitutieprogramma is dat een gecontroleerde behandeling van 12 maanden met een combinatie van methadon en heroïne effectiever bleek te zijn dan de voortzetting van een behandeling met alleen methadon. Bovendien was het effect onafhankelijk van de toedieningswijze.
Hoogstwaarschijnlijk is het effect van de behandeling met een combinatie van methadon en heroïne ten opzichte van de behandeling met alleen methadon ten minste voor een deel tot stand gekomen door gedragsveranderingen samenhangend met de voorwaarden (bv. meer contacten tussen cliënten en medewerkers) waaronder de heroïne verstrekt werd.

Resultaten over cliënten

De resultaten van de studies tonen aan dat een gecontroleerde medische verstrekking van heroïne in combinatie met methadon leidde tot verbeteringen in zowel de lichamelijke en geestelijke gezondheid als in het sociaal functioneren. De gemiddelde scores op gebied van lichamelijke en psychische toestand waren op de

uitkomstmeting van maand 12 vrijwel gelijk aan die van de algemene bevolking. Tevens was er in deze groep sprake van een sterke daling van illegale activiteiten, verbetering in de sociale contacten buiten de drugscene en vermindering in het gebruik van cocaïne.

Tenslotte kwam uit dit onderzoek ook naar voor dat het percentage dat in maand 12 aan geen enkel van de inclusiedrempels meer voldeed significant hoger was in de experimentele conditie dan in de controleconditie.

Het percentage cliënten dat de beoogde behandeling had afgemaakt, was in beide condities tamelijk hoog, maar was hoger in de controleconditie (86 %) dan in de experimentele conditie (70 %). De auteurs van het rapport verklaren dit door het feit dat een aantal cliënten nooit gestart is met de behandeling (7 %), een aantal cliënten zich in detentie bevond, of na herhaaldelijk overtreden van de regels uit het programma werd verwijderd (11 %) en een aantal cliënten de behandeling verliet op eigen initiatief (12 %). Veel van deze cliënten zetten hun behandeling voort bij een methadonprogramma of keerden na verloop van tijd hier naar terug.

In beide studies werden de eerste effecten van de voorgeschreven combinatie van heroïne en methadon reeds na twee maanden waargenomen. Met de toenemende duur van de behandeling nam echter ook het aantal responders en het aantal domeinen waarop gerespondeerd werd geleidelijk toe. Dit zette zich voort tot het einde van de experimentele onderzoeksfase.

Verder bleek dat de meerderheid (81-87 %) van de responders in de experimentele conditie na de beëindiging van de behandeling met heroïne ernstig verslechterden. Bij de meting die twee maanden na het stoppen van de experimentele behandeling plaatsvond, was de verslechtering al zo ernstig dat de cliënten weer even slecht functioneerden als bij de start van de behandeling. Deze bevindingen suggereren dat de gunstige effecten van de behandeling met de combinatie van methadon en heroïne gekoppeld zijn aan de voortzetting van deze behandeling.

Resultaten over dienstverlening

In het onderzoek was er geen statistisch significant verschil tussen het voorkomen van ernstige medische gebeurtenissen in de experimentele en controlecondities: 12 % versus 7 – 8 %. Uit de resultaten kan geconcludeerd worden dat gecontroleerde medische verstrekking van een combinatie van methadon en heroïne aan chronisch, therapieresistente heroïnegebruikers mogelijk is zonder een toename van ernstige

medische gebeurtenissen (OD's, SOA's,...) bij de cliënten en zonder ernstige risico's voor het personeel.
Alhoewel de verstrekking niet volledig zonder problemen was, bleek uit de resultaten dat de meeste problemen niet ernstig waren en binnen de verstrekkingspost konden worden opgelost zonder gevaar voor behandelmedewerkers en zonder toename van overlast voor de buurt. De onderzoekers stellen dan ook dat het verstrekken van heroïne goed beheersbaar was en geen ernstige of blijvende problemen met openbare orde veroorzaakte.

Kosten-batenanalyse

Uit het onderzoek bleek dat de kosten van het verstrekken van heroïne op medisch voorschrift sterk afhankelijk waren van de capaciteit en bezettingsgraad van de verstrekkingspost: €15.000 per cliënt per jaar bij een capaciteit van 75 cliënten, €20.000 bij een capaciteit van 50 cliënten en € 27.000 bij een capaciteit van 25 cliënten. Later dit jaar zal men een gedetailleerd rapport van de kosten-batenanalyse uitbrengen. Op basis hiervan zal men kunnen stellen of het medisch voorschrijven van heroïne duur is of niet. Ze zullen personeels-, materiële (energie, onderhoud,...) en cliëntgebonden materiële (heroïne,...) kosten in rekening brengen.

Conclusie

- De uitvoering van de studie en de analyse van de gegevens zijn goed verlopen.
- Gecontroleerde behandeling met heroïne in combinatie met methadon van chronisch, therapieresistente heroïnegebruikers die reeds behandeld werden met methadon, is effectiever dan de continuering van behandeling met uitsluitend methadon.
- De gunstige effecten van de gecontroleerde behandeling met heroïne in combinatie met methadon zijn gekoppeld aan de voortzetting van deze behandeling.
- Gecontroleerde behandeling met heroïne in combinatie met methadon is praktisch uitvoerbaar, leidt niet tot meer ernstige gebeurtenissen en veroorzaakt slechts een beperkt aantal, beheersbare, problemen met openbare orde.
- Gecontroleerde behandeling met heroïne in combinatie met methadon van chronisch, therapieresistente heroïnegebruikers levert klinisch relevante gezondheidsvoordelen op.
- De kosten van het verstrekken van heroïne op medisch voorschrift zijn mede afhankelijk van de manier waarop de verstrekking wordt geïmplementeerd.

Hoewel het experiment succesvol is afgerond ziet het er niet naar uit dat medische verstrekking van heroïne onderdeel wordt van de reguliere drughulpverlening (Lemmens, 2003). De voortzetting van het experiment ligt momenteel op tafel bij de beleidsmakers van Nederland. Ondertussen bereidt het CCBH zich voor om nieuwe participanten aan te trekken in de resterende capaciteiten waarover de centra beschikken. Aan de participanten zal men wel melden dat er geen zekerheid bestaat over de voortzetting van het onderzoek na één jaar[8]. Er werden wel nieuwe voorwaarden gesteld, onder andere wordt psychosociale begeleiding verplicht en zal men zich meer focussen op abstinentie.

Bedenkingen

Men is er niet in geslaagd voldoende injecterende gebruikers bij de studie te betrekken. In de opzet werd dan ook maar van twee in plaats van drie groepen gebruik gemaakt.

Er kan ook sprake zijn van informatiebias vermits er geen gebruik gemaakt werd van een dubbelblindonderzoek en de resultaten gebaseerd zijn op zelf-rapportage.

Een groot verschil tussen de controle en de experimentele conditie is het feit dat er voor de laatste groep nieuwe stafleden werden aangeworven, terwijl de methadongroep gebruik maakte van bestaande hulpverlening. Hierdoor kunnen we niet zonder twijfel zeggen dat de resultaten enkel te wijten zijn aan het middel dat verstrekt werd.

---

[8] Persoonlijke Communicatie met CCBH op 9 augustus 2002.

c. Verenigd Koninkrijk

Situatieschets

Het VK is één van de weinige landen waar dokters farmaceutische heroïne mogen voorschrijven. Sinds 1960 werd de mogelijkheid tot voorschrijven van heroïne beperkt tot dokters die hiervoor een speciale licentie hebben. Dit was een reactie op het overvloedig voorschrijven van dokters, waardoor het aantal druggebruikers steeg en de heroïne terechtkwam in het illegale circuit. Omdat de situatie in het VK zo uniek is, spreekt men over het 'British system'. Hoewel dit systeem reeds in gebruik is sinds 1920, is het aantal druggebruikers dat heroïne voorgeschreven krijgt relatief laag: van allen die een voorschrift krijgen voor hun afhankelijkheid van opiaten krijgt 1 à 2 % heroïne voorgeschreven (Fleming, 1997).

Over de jaren heen heeft men verschillende **doelstellingen** aangehaald voor het voorschrijven van heroïne. Oorspronkelijk wou men druggebruikers de mogelijkheid geven om een 'normaal' en 'nuttig' leven te leiden. In 1960 trachtte men door middel van deze behandeling een sociaal probleem te bedwingen. Meer recent wordt het voorschrijven van heroïne aanzien als harm reduction, als een antwoord op de bedreiging van HIV en AIDS (Metrebian et al., 1996).

Heroïne wordt meestal **verstrekt** bij de apotheker[9], zodat men zijn injectie zonder toezicht kan toedienen. In enkele uitzonderingen kan men de heroïne ook in een drughulpverleningscentra verkrijgen, maar ook dit is meestal voor ongesuperviseerd gebruik. Misbruik (zoals het verkopen van hun heroïne, opsparen,...) is dan ook voor de hand liggend. Om hierop te anticiperen laat men vaak de cliënten de gebruikte ampullen inleveren vooraleer ze een nieuw voorschrift krijgen. Verder kan men de druggebruikers ook hun urine laten testen, maar dit toont geen verschil tussen het gebruik van legale of illegale heroïne (Metrebian et al., 1996). Een voorschrift van heroïne kost in het VK ongeveer 8.40 euro, maar is gratis voor diegene die een laag inkomen hebben (Fleming, 1997).

---

9 In het VK spreken ze over een 'retail pharmacy' of 'high street chemist'. Het is vergelijkbaar met de Belgische 'Di' of 'Kruidvat' met het enige verschil dat men in deze winkels in het VK ook medicatie op voorschrift kan afhalen.

Onderzoek

Hoewel deze praktijk in het VK reeds lang in voege is, is er nog maar weinig **onderzoek** naar gebeurd. Hartnoll et al. vergeleken in 1980 (Metrebian, 2001; Universiteit Luik, 1999) de toediening van orale methadon met het verstrekken van injecteerbare heroïne in een gerandomiseerd en gecontroleerd experiment. Het voorschrijven van orale methadon resulteerde in een hogere drop-out maar ook de frequentie van abstinentie was hoger. Bovendien was er sprake van een grotere afhankelijkheid voor diegene die bleven injecteren. Het injecteren van heroïne behield een status quo, waarbij de meerderheid heroïne bleef injecteren en hun voorgeschreven heroïne aanvulde met heroïne van andere bronnen. Er werd echter een aanzienlijk lagere drop-out vastgesteld. De onderzoekers concludeerden dat op basis van de resultaten geen duidelijke superioriteit van één van de behandelingen vastgesteld kon worden. Beide behandelingen hadden voordelen, maar deze gingen ten koste van andere aspecten (Metrebian et al., 1996).

In een ander recent onderzoek kregen 58 therapieresistente opiaatafhankelijken de keuze aangeboden tussen injecteerbare heroïne of injecteerbare methadon in een kliniek in West Londen. Metrebian et al. (2001) vergeleken de cliënten die heroïne kregen met de cliënten die injecteerbare methadon verstrekt kregen. Het volgende onderdeel is gebaseerd op twee artikels die de belangrijkste bevindingen samenvatten (Metrebian et al., 1998; 2001).

Doel van deze studie

- vergelijken van effecten van behandeling met injecteerbare heroïne en injecteerbare methadon;
- effecten op de gezondheid;
- effecten op sociale integratie;
- effecten op gebied van harm reduction.

Korte bespreking van het project

De opzet was een observatiestudie met 58 cliënten die naar de kliniek kwamen tussen juni 1995 en november 1997 en een follow-up studie van 12 maanden. De cliënten mochten kiezen tussen injecteerbare heroïne en injecteerbare methadon. Een maximum van 200 mg/dag heroïne of methadon werd vooropgesteld.
De drugs werden verstrekt in de voorziening en elke vrijdag kregen ze hun dosis mee voor het weekend. Meestal was er geen mogelijkheid om te injecteren onder supervi-

sie (behalve in het begin bij het testen van de tolerantie[10]). Er was geen sprake van een psychosociale begeleiding.

De opzet van het onderzoek

Bij de start van een behandeling werden de cliënten bevraagd aan de hand van een gestandaardiseerde vragenlijst (face-to-face interview); vervolgens nogmaals na 3, 6 en 12 maanden behandeling. Op basis van deze assessment kon men nagaan of er zich verschillen voordeden in het gedrag van de cliënten.

Criteria voor participanten

- ouder dan 21 jaar;
- afhankelijk van opiaten;
- niet in staat of niet willen stoppen met injecteren: verleden van injecteren van minimum drie jaar met regelmatig injecteren in de laatste negen maanden en bewijs van injecteren in de laatste drie maanden;
- voordien reeds gefaald in methadonsubstitutiebehandeling: regelmatig gebruik van illegale opiaten terwijl ze orale methadon voorgeschreven kregen, nog steeds regelmatig injecteren en minstens 80mg/dag methadon voorgeschreven krijgen;
- het ervaren van problemen op gebied van gezondheid, criminaliteit of sociaal functioneren die gerelateerd zijn aan het druggebruik.

Resultaten

Resultaten over onderzoeksopzet

De cliënten konden zelf hun behandeling kiezen. Hierdoor kon men niet met zekerheid stellen dat de resultaten bekomen in dit onderzoek afhankelijk waren van de soort behandeling. De verschillende karakteristieken van de groepen kunnen de oorzaak zijn geweest van verschillen in de resultaten.

De gegevens zijn enkel verzameld van diegene die 12 maanden in behandeling bleven. Sommige cliënten braken hun ampullen met heroïne in twee en spaarden een deel van hun heroïne op. Als antwoord op dit probleem werden er stevigere ampullen gemaakt en verlaagde men de dosissen. Anderen spoten hun heroïne in de nabijheid van de voorziening, omdat ze niet tot thuis konden wachten. Dit had tot gevolg dat de

[10] In het begin werd het injecteren gesuperviseerd met als doel het bepalen van de wijze van injecteren en een controle op infecties.

voorziening cliënten de mogelijkheid gaf om 's morgens onder toezicht hun heroïne te injecteren indien de staf beschikbaar was.

Resultaten over middelen
37 (64 %) van 58 cliënten kozen voor injecteerbare heroïne en 21 (36 %) voor injecteerbare methadon. De profielen van beide groepen waren gelijkaardig. Cliënten die voor methadon kozen haalden aan dat ze van deze drugs afhankelijk waren of dat de maximum hoeveelheid heroïne die men kon verkrijgen te laag was. 71 % van de heroïnegroep signaleerde dat ze last had van nachtelijke ontwenningsverschijnselen. Ze kregen vervolgens een aanvullend voorschrift voor orale methadon.
De frequentie van injecteren was in de heroïnegroep tijdens de 6 en 12 maandmeting hoger dan in de methadongroep. Na 12 maanden was de frequentie echter in beide groepen afgenomen.

Resultaten over cliënten
Terwijl beide groepen eigenlijk verschillende 'baseline'-karakteristieken hadden, zag men bij beide groepen verbeteringen op verschillende domeinen: reeds na drie maanden was het gebruik van illegale heroïne en crack/cocaïne significant gedaald. Dit was minder uitgesproken bij de methadongroep. Dit kan mede te verklaren zijn door het feit dat de heroïnegroep bij hun eerste assessment meer gebruik van illegale drugs rapporteerde dan de methadongroep en dus een grotere mogelijkheid had om dit te wijzigen. In beide groepen was het risicogedrag bij het injecteren en het aandeel in criminele activiteiten aanzienlijk verminderd; ook psychologisch zag men verbeteringen. De heroïnegroep toonde bovendien verbeteringen aan in gezondheids- en sociale aspecten. Deze verbeteringen deden zich voornamelijk voor tussen de 3 en 12 maanden.
De retentie bij de heroïnegroep was 86 %, 69 %, 57 % na respectievelijk 3, 6 en 12 maanden.

Er zijn geen specifieke resultaten over de dienstverlening vermits dit in het onderzoek niet van toepassing was. Evenmin bespreken ze de kosten-batenanalyse.

Conclusie

- De cliënten konden zelf hun behandeling kiezen, waardoor men niet met zekerheid kan stellen dat de resultaten bekomen in dit onderzoek afhankelijk waren van de soort behandeling.

- 64 % van de cliënten koos voor heroïne en 36 % voor methadon. Men moet wel rekening houden met de lage maximumdosis voor heroïne en druggebruikers dit als een reden aanduidden om voor methadon te kiezen.
- De retentie bij de heroïnegroep lag hoger dan bij de methadongroep.
- Voor beide groepen waren er verbeteringen op alle domeinen.

Bedenkingen

De auteurs maakten zelf reeds de bedenking dat er geen sprake was van een controlegroep, waardoor ze niet kunnen afleiden welke factor in de behandeling invloed heeft gehad op de resultaten. Ook het feit dat de gebruikers zelf konden kiezen welke behandeling ze zouden krijgen, bemoeilijkt de vergelijking tussen de methadongroep en de heroïnegroep. Bovendien zijn de resultaten gebaseerd op zelf-gerapporteerde data, waardoor de kans op informatiebias realistisch is (Metrebian et al., 1998).

D. *Duitsland*[11]

Situatieschets

In een aantal Duitse grootsteden werd de laatste jaren de problematiek van gebruikers van opiaten alsmaar groter. Men schat dat er minstens 120.000 personen in Duitsland heroïneafhankelijk zijn. Mede door de positieve resultaten die soortgelijke experimenten in Zwitserland opleverden, pleitten het artsensyndicaat, politiecommissarissen, vakverenigingen in de drughulpverlening en andere experts alsmaar sterker voor een experiment met het gecontroleerd verstrekken van heroïne in Duitse steden. Daar waar de bondsregering in het begin van de jaren '90 nog geen oren had voor het openen van die piste, begon er zich in de tweede helft van de jaren '90 een dialoog op te bouwen tussen de voorstanders van zulk een experiment en de politieke wereld. Dit mondde in 1999 uit in een raamakkoord tussen de bondsrepubliek, de deelstaten en de betrokken steden, waarin de doelen van het experiment worden omschreven.

[11] Het onderdeel over Duitsland is geschreven op basis van volgende websites: www.heroinstudie.de; www.tachauch.de/background/gesundheit/drogen/1201_modell.html; www.jugend-hilft-jugend.de/news/101367433241693.shtml

Eind 2000 werden de eerste subsidies verstrekt voor de voorbereiding van het project. Een aantal onderzoeksinstellingen werkten hier samen aan. Midden 2001 volgde het akkoord van de ethische commissie van het artsensyndicaat en van het Bondsinstituut voor geneesmiddelen en medicinale producten. In de laatste maanden van 2001 werd een samenwerkingsakkoord afgesloten tussen de bondsregering, de deelstaten en de participerende steden. De behandelingsfase duurt 2 jaar, de onderzoeksfase drie jaar.

Onderzoek

Doel van deze studie

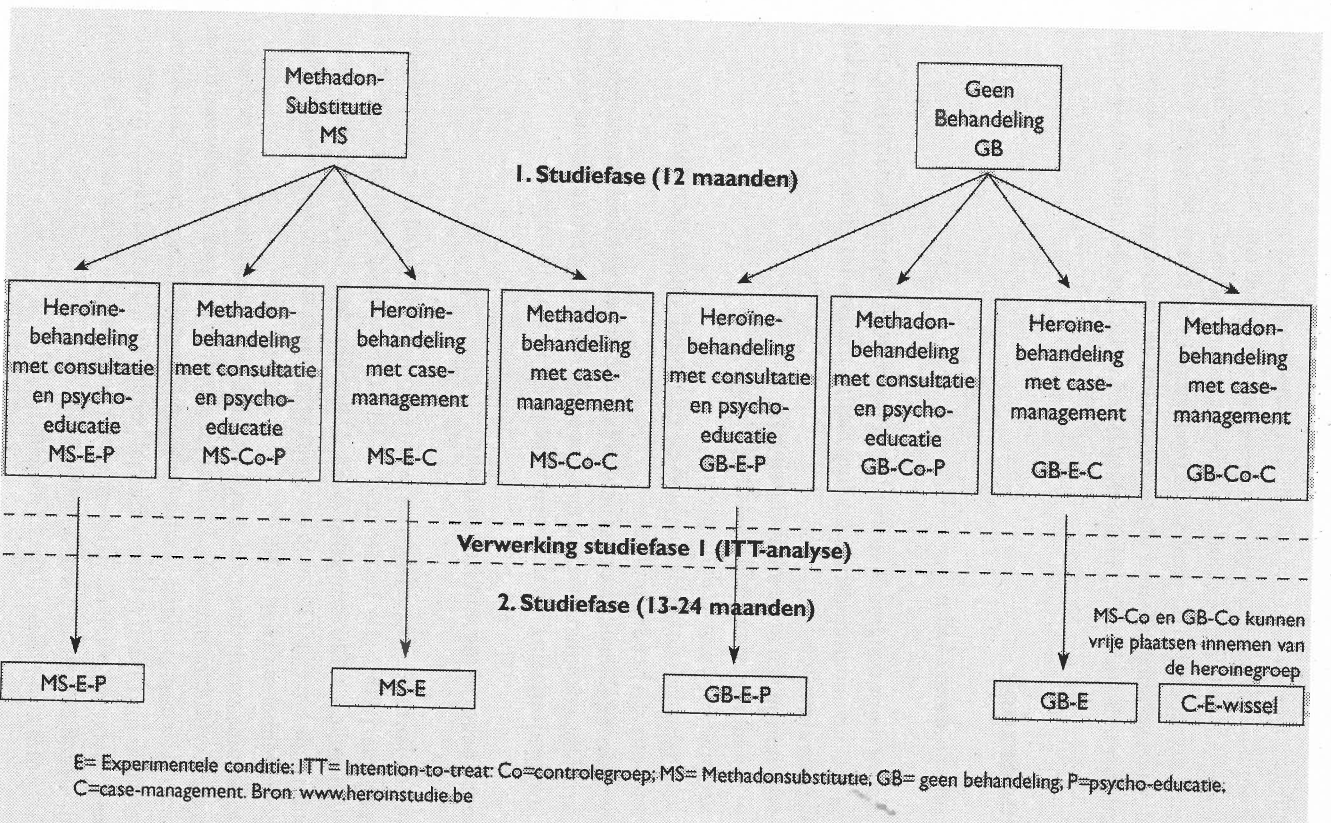
Concreet dient vastgesteld te worden in hoeverre de heroïnebehandeling, in vergelijking met de onderhoudsbehandeling met methadon, tot grotere effecten kan leiden met betrekking tot:

- verbetering van de gezondheidssituatie;
- vermindering van het illegaal druggebruik;
- vermindering van de delinquentie;
- verhoging van de bereikbaarheid en volharding van de therapieën;
- loslaten van het drugmilieu;
- sociale stabilisering door het aanknopen van drugvrije sociale contacten, verbeterde arbeidsgeschiktheid, een vastere financiële situatie en een stabielere woonsituatie;
- drempelverlaging om therapeutische programma's te volgen.

Korte bespreking van het project

Na een korte voorbereidingsfase werd de behandeling van de eerste cliënten gestart in februari 2002. De laatste opstart van behandeling volgt zes maanden later. In totaal zullen 1.120 druggebruikers deelnemen aan het project, waarvan de helft gedurende twee jaar heroïne verstrekt krijgt en de andere helft als controlegroep een methadonbehandeling volgt.
De heroïne wordt driemaal daags verstrekt en de maximumdosis bedraagt 1000mg per dag en 400mg per dosis. De heroïne wordt in een spuit aangeboden die de gebruikers onder supervisie in daartoe bestemde ruimtes kunnen gebruiken. De methadonverstrekking (oraal) gebeurt éénmaal per dag en maximale doses zijn niet vastgelegd, maar men gaat ervan uit dat de meesten tussen 40 en 160mg innemen. In uitzonderlijke gevallen kan dit gaan tot 250mg.
De centra zijn verspreid over 7 steden.

Figuur 3: onderzoeksopzet



In de eerste 12 maanden vindt een gerandomiseerd onderzoek van de controlegroepen plaats, dat de resultaten van behandelingen met respectievelijk heroïne en methadon in gelijkaardige therapeutische settings met elkaar vergelijkt.
De volgende 12 maanden vindt een follow up-onderzoek plaats bij de heroïnegroep, waarbij de beoogde langdurige effecten (sociale stabilisering, voortzetting in hoogdrempeligere drughulpverlening) worden nagegaan.
Na 24 maanden is de klinische onderzoeksfase beëindigd. Een verdere behandeling van de participerende gebruikers met andere opiaten is mogelijk (zie figuur 3).
Aan het eind van het derde jaar volgt een eindrapportering van het onderzoek.

Criteria voor participanten

- minstens 23 jaar oud;
- minstens 5 jaar opiaatafhankelijk;
- voor het onderzoek een grondige medische controle ondergaan;
- de laatste 6 maanden niet hebben deelgenomen aan een therapeutische behandeling;
- minstens 12 maanden verblijf in de deelnemende stad;
- regelmatig contact met de behandelende arts.

Conclusie

Momenteel loopt het experiment nog steeds en zijn de resultaten nog niet voorhanden. Volgens de onderzoekers verloopt alles volgens plan en tegen einde 2003 zullen de eerste resultaten bekend gemaakt worden.

E. *Australië*

Situatieschets

Het principe van harm minimisation is sinds 1985 de basis van het drugbeleid in Australië (Green, 2002). Dit principe strijdt voor verbetering van gezondheids-, sociale en economische resultaten voor zowel de gemeenschap als het individu en houdt verschillende benaderingen in: aanbodbeperkende, vraagonderdrukkende en harmreductionstrategieën, maar ook abstinentie (Ministerial Council on Drug Strategy,

1998). Er wordt geschat dat in Australië tussen de 67000 en 92000 (540-750 per 100.000 inwoners tussen de 15 en 64 jaar) illegale heroïnegebruikers zijn. Dit is hoger dan in de Europese landen (Fischer et al., 2002).

Onderzoek

In de jaren negentig voerde de National Centre for Epidemiology and Population Health (NCEPH, 1991) op vraag van de regering een onderzoek uit naar de uitvoerbaarheid van een experiment met gecontroleerde heroïneverstrekking. De resultaten van de drie maand durende exploratie van wettelijke, ethische, politieke, medische en logistieke aspecten leidden tot de conclusie dat het mogelijk is om een gerandomiseerd gecontroleerd experiment op te zetten als een test van het beleid met betrekking tot heroïneverstrekking in een gecontroleerde opzet voor de behandeling van afhankelijke heroïnegebruikers in het Australian Capital Territory (ACT).
Het onderzoek toont aan dat de gemeenschap van ACT bereid is om dergelijk experiment in overweging te nemen, maar wijst ook op de bezorgdheden van de politie. Een experiment om de orale methadonbehandeling te vergelijken met verstrekking van andere opiaten, vergt een zeer goede voorbereiding. In het rapport van de NCEPH (1991) vinden we hiervoor aanbevelingen terug (o.a. de opzet van het onderzoek, aan welke onderzoeksvragen een experiment zou moeten beantwoorden, inclusiecriteria, dataverzameling, de staf,...). Met het experiment beoogden zij te onderzoeken wie het meeste voordelen uit een behandeling met heroïneverstrekking zou halen en zouden ze zich focussen op drie groepen: druggebruikers die een methadonprogramma verlaten hebben, cliënten van een methadonprogramma die heroïneverstrekking prefereren en een groep die nog nooit in behandeling is geweest. De eerste groep is vergelijkbaar met de doelgroepen van de experimenten in Nederland, Zwitserland en het VK, maar de derde groep zou nieuwe informatie aanleveren.
De volgende fase hield de opzet van twee pilootstudies in Canberra in (Green, 2002). De regering van ACT nam deze aanbevelingen over en de voorgestelde pilootstudies werden goedgekeurd door de meerderheid van de Australische gezondheidsministers. Maar het Federale Kabinet onder Eerste Minister Howard besliste daar anders over: het verstrekken van heroïne zou neerkomen op legalisatie van de drugs en zou de verkeerde boodschap uitzenden. Het onderzoek werd stopgezet (Wodak, 1997; Wodak, 2001). Velen waren hiermee niet akkoord. Momenteel manifesteert zich dit in een debat met steeds meer voorstanders van het experiment (Green, 2002).

F. Besluit

Zwitserland	Nederland	Verenigd Koninkrijk	Duitsland
MORFINE ▶ injecteren ▶ oraal METHADON ▶ injecteren ▶ oraal HEROÏNE ▶ injecteren ▶ oraal ▶ roken	METHADON ▶ injecteren ▶ oraal HEROÏNE ▶ injecteren ▶ oraal	METHADON ▶ injecteren HEROÏNE ▶ injecteren	METHADON ▶ oraal HEROÏNE ▶ injecteren
Enkel de injecties werden gesuperviseerd.	Alle innamen van de voorgeschreven drugs werden gesuperviseerd.	Sporadische supervisie van de injecties.	Enkel de injecties werden gesuperviseerd.
Geen limitering van de hoeveelheid.	Methadon: min. 30-50mg/dag max. 150 mg/dag Heroïne: max. 400mg/keer max. 1000mg/dag	Zowel methadon als heroïne werden gelimiteerd tot 200mg/dag.	Methadon: Geen maximale doses bepaald. Heroïne: max. 1000mg/dag max. 400mg/keer
Geen controlegroep, maar pre- en postmetingen.	Wel controlegroep en pre- en postmetingen.	Geen controlegroep, maar pre- en postmetingen.	Wel controlegroep
Verplichte psychosociale begeleiding.	Mogelijkheid tot psychosociale begeleiding.	Niet van toepassing.	Psychosociale verplichting.

G. België

Situatieschets

De studies die hierboven besproken werden, geven ons al heel wat informatie. Toch moeten we ons ervoor hoeden de resultaten te generaliseren naar de gebruikers van België. De doelgroep die men wenst te bereiken en de sociologische factoren die rond het gebruik van drugs hangen stemmen niet noodzakelijk overeen met deze van België (Simoens et al., 2002).

Heroïnegebruik

In België kunnen we het aantal heroïnegebruikers niet exact bepalen. Men schat het aantal injecterende druggebruikers tussen 15 en 54 jaar op ruim 20.000, wat overeenkomt met een prevalentie van 3.6 'problematische' druggebruikers op 1.000 15- tot 54-jarigen (Leurquin et al., 2000). Hierbij gaat het meestal om heroïnegebruikers. Ook enkele cijfers uit de hulpverlening kunnen ons een indicatie geven. Uit de gegevens van het onderzoek naar de effectiviteit van de medisch-sociale opvangcentra (MSOC's) van Pelc et al. (2001) blijkt dat 66.8 % (4 MSOC's) en 70.6 % (5 MSOC's) van de cliënten in de MSOC's in respectievelijk 1998 en 1999 opiaten (heroïne heeft hierin het grootste aandeel) opgeven als belangrijkste product. De Vlaamse Registratie Middelengebruik (VRM) registreerde in 1999 2.250 cliënten die heroïne gebruikten[12]. Dit is 14.6 % van de totale populatie cliënten in de hulpverleningsinstellingen waarvan de registratiegegevens werden opgenomen. Bij 80.1 % is heroïne als voornaamste product geregistreerd (Vandenbussche, 2001).

Methadonbehandeling

Voor veel druggebruikers die afhankelijk zijn van heroïne, is een substitutiebehandeling met langwerkende opiaten noodzakelijk. Van deze middelen is methadon het meest gebruikt (APA, 1995; Metrebian, 1998). Hoewel er geen uniform registratiesysteem in België bestaat met betrekking tot methadonbehandeling, vinden we ook hier enkele cijfers terug die een eerste indicatie geven.
IMS Health beschikt over verkoopgegevens van geneesmiddelen en over gegevens die het voorschrijfgedrag in de ambulante sector aangeven. In 2000 werden van methadon 14.100 eenheden verkocht. Op basis van deze cijfers kan men echter niet nagaan of het middel als pijnstiller of als middel bij opiaatafhankelijkheid gebruikt werd (De Donder, 2002). In de MSOC's kan men een methadonbehandeling volgen, maar het aantal cliënten dat dit volgt wordt niet systematisch geregistreerd. In Vlaanderen zou het om ongeveer de helft van de MSOC-cliënten gaan; in de MSOC's van Wallonië krijgt meer dan 2/3 tot meer dan 90 % een methadonbehandeling (Pelc. et al., 2001). In het MSOC van Gent kregen 392 cliënten in 1999 een methadonbehandeling (totaal aantal cliënten is niet bekend); in het MSOC van Oostende gold dat in 2000 voor bijna de helft van de cliënten (47 %) (De Ruyver et al., 2001); in het MSOC van Antwerpen was dat dat

[12] De VRM verzamelt de gegevens van cliënten die een nieuwe behandeling in dat jaar opstartten in één van de betrokken voorzieningen.

jaar het geval voor 39 % van het cliënteel en in het MSOC van Limburg voor ongeveer de helft van de cliënten (52,6 %) (Casselman & Meuwissen, 2001) (zie figuur 4).

Figuur 4: Substitutiebehandeling in de MSOC's (2000) [13]

	Gent		Oostende		Antwerpen		Limburg	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Wel methadon-programma	392		208	47.0	278	39.0	288	52.6
Geen methadon-programma			235	53.0	434	61.0	260	47.4
Totaal			443	100.0	712	100.0	548	100.0

Momenteel heeft een wetenschappelijke evaluatie van de effectiviteit van de methadon-programma's in België nog niet plaatsgevonden. Verantwoorde conclusies over de effectiviteit van deze programma's zijn dan ook niet te formuleren. Maar de praktijk leert ons dat er nog steeds een groep heroïnegebruikers bestaat die geen baat hebben bij een methadonbehandeling (CCBH, 2002; Metrebian et al., 2001; Uchtenhagen et al., 1995).

Het juridisch kader

Velen veronderstellen dat indien België het zou overwegen om een experiment met betrekking tot het medisch voorschrijven van heroïne uit te voeren, een wetswijziging om heroïne legaal voor te schrijven noodzakelijk is. Echter volgens de Single Convention on Narcotic Drugs van 1961 (artikel 4, sub-paragraaf c) is de productie, het vervaardigen, de export, de import, de distributie, de handel, het gebruik en het bezit van bepaalde drugs (o.a. heroïne) toch mogelijk indien beperkt tot medische en wetenschappelijke doeleinden[14] (De Ruyver et al., 2002; Jepsen, 2001). Verder erkent de preambule van de Conventie van 1961 dat het medisch gebruik van narcotische drugs noodzakelijk blijft voor het bestrijden van pijn en lijden en dat het nodige gedaan moet worden om de beschikbaarheid van narcotische drugs voor deze doeleinden te verzekeren.

[13] Met uitzondering van Gent: cijfers van 1/12/1999.

[14] Deze conventies zijn geratificeerd door België en zijn in het Belgisch Staatsblad verschenen.

'Medische en wetenschappelijke doeleinden' worden echter niet verder gespecificeerd en het is dus mogelijk dat verschillende regeringen hieraan een verschillende invulling geven (Commission on Narcotic Drugs, 1997). De International Narcotic Control Board (INCB) moet de hoeveelheid heroïne die gebruikt wordt voor dergelijke experimenten goedkeuren (EMCDDA, 1998). Hoewel de INCB geen voorstander is van heroïneverstrekking, kan het dit juridisch gezien niet verbieden vermits het hun plicht is de beschikbaarheid van narcotische drugs voor medische en wetenschappelijke doeleinden te verzekeren (De Ruyver et al., 2002).

Het protocol van Luik

De Universiteit van Luik stelde een klinisch protocol samen voor het medisch gecontroleerd verstrekken van heroïne. Het experiment is nog niet van start gegaan, maar we beschrijven de belangrijkste topics uit het protocol.

Doel van dit experiment

Het doel van deze studie is om ons in staat te stellen de continue begeleiding (opvolging) van een steekproef van heroïnegebruikers binnen de hulpverleningsvoorzieningen te kunnen evalueren. Dit onder strikt universitaire controle. Het experiment evalueert dit via het vergelijken van een programma van medisch gecontroleerde heroïneverstrekking met een methadonsubstitutieprogramma.
De evaluatie is gebaseerd op een vergelijking tussen de retentie in de behandeling van de controlegroep (methadongroep) en de experimentele groep (heroïne).

Secundaire onderzoeksvragen:
In beide groepen worden volgende parameters bekeken in het begin en na beëindiging van de behandeling:

- lichamelijke gezondheid
- inname van andere drugs
- psychische gezondheid
- professionele en financiële status
- sociale status
- juridische status
- hospitalisatie en overlijdens

Korte bespreking van het project

Men zou 300 cliënten opnemen in het experiment. Deze zouden evenredig verdeeld worden over drie steden: Brussel, Luik en Antwerpen.
De hoeveelheid heroïne is beperkt tot 1000mg per dag en 400mg per keer. Bovendien moet de heroïne verplicht ingenomen worden (injecteren of inhaleren) in de voorziening. Methadon wordt ingenomen ofwel in de voorziening ofwel in de apotheek naargelang de gewoonte. De dosis mag maximum 150mg per dag bedragen.

De opzet van het onderzoek

Het onderzoek zou bestaan uit een gerandomiseerde multicenterstudie. De participanten zouden at random toegewezen worden aan één van beide parallelle groepen: een groep die heroïne krijgt voorgeschreven en een andere groep aan wie methadon verstrekt wordt. De studie zou vier jaar duren, waarin twee jaar voor de intake van participanten gerekend wordt en twee jaar voor het opvolgen van de gebruikers.

Criteria voor participanten[15]

- Belgische nationaliteit;
- bewijs van minstens drie maanden verblijf in het juridische arrondissement waar het experiment zal doorgaan;
- minimum 20 jaar;
- regelmatig heroïne gebruiken;
- aan één van volgende voorwaarden voldoen:
  - elk behandelingsprogramma ontoegankelijk sinds het begin van de afhankelijkheid (bv. door gebrek aan motivatie);
  - reeds gefaald in methadonbehandelingen of benoemd als ongevoelig voor de behandelingen door een verwijzingsinstantie;
- informed consent ondertekend;
- de vrouwelijke participanten binden zich ertoe een efficiënte contraceptie te gebruiken.

[15] Voor de volledige lijsten van inclusie- en exclusiecriteria zie Universiteit Luik (1999).

3 ▸ Visie van de sector

De internationale aandacht voor experimenten m.b.t. gecontroleerde heroïneverstrekking (zie literatuurdeel) doet ook in België de vraag rijzen naar de noodzaak van een aanbod. We zetten met de sector een aantal knelpunten op een rijtje en geven een genuanceerde conclusie. We houden wel rekening met het feit dat we nog geen ervaring met gecontroleerde heroïneverstrekking in België hebben opgedaan.

A. *Uitgangspunten*

De discussie omtrent het opzetten van experimenten met gecontroleerde heroïneverstrekking in België dient gevoerd te worden in een ruimer kader, namelijk substitutiebehandeling in het algemeen.

We bekijken deze topic vanuit een welzijns- en gezondheidsperspectief. Het verbeteren van de kwaliteit van leven, vertrekkende vanuit de vraag van de cliënt, is de belangrijkste doelstelling. In functie van deze doelstelling beogen we voornamelijk het behandelingsaanbod te optimaliseren.

Gezien de complexiteit van de drugproblematiek geniet een geïndividualiseerde behandeling steeds de voorkeur, maar dit maakt het moeilijk om criteria op te stellen voor specifieke behandelingsvormen.

We willen ons niet enkel focussen op de medische aspecten van een behandeling. Een louter medische aanpak is te eenzijdig, en geeft bovendien de illusie dat de problematiek “behandelbaar” is. Heroïne (of een substitutiemiddel) zal niet alles oplossen. Er is nood aan een integrale aanpak (holistisch). De cliënt met zijn vraag vormt dus steeds het uitgangspunt.

Het verminderen van de criminaliteit is niet prioritair vanuit onze invalshoek. De vraag is zelfs of heroïneverstrekking overlast wel kan minimaliseren. Uit buitenlandse experimenten blijkt dat de criminaliteit gereduceerd is, maar dit hangt niet enkel samen met het middel dat verstrekt wordt, maar voornamelijk met de intensieve behandeling die aangeboden wordt.

B. *Huidige situatie*

Bestaand aanbod van substitutiemiddelen

Momenteel beschikken we maar over een beperkt aanbod van substitutiemiddelen en -therapieën: we hebben methadon als langwerkend opiaat en buprenorfine in beperkte mate. De hulpverlening heeft nood aan meer alternatieven. Gecontroleerde heroïneverstrekking moet dus gezien worden in het kader van een differentiëring van het bestaande substitutie-aanbod (heroïne als een kortwerkend opiaat). Maar ook andere alternatieven (bv. naltrexone, morfine, sythetische narcotica...) moeten bekeken worden.

Kennis

We maken ons zorgen dat men zich te snel zal richten tot een nieuwe soort behandeling (heroïneverstrekking) terwijl het actuele aanbod (voornamelijk methadonprogramma's) nog niet grondig onderzocht is in België. Vanuit de praktijk vermoeden we een aantal zaken (bv. meer begeleiding zorgt voor meer succesvolle behandelingen), maar deze kunnen enkel bevestigd worden door longitudinaal onderzoek. Uit ervaring weten we dat een methadonbehandeling voor een bepaalde groep zorgt voor fundamentele verbeteringen, maar het zou interessant zijn om deze groep eens uitgeprofileerd te zien. Hoe ziet deze groep er juist uit? Welke zijn de kenmerken van de gebruiker en de omstandigheden?

In het buitenland werd reeds heel wat onderzoek naar methadonbehandeling verricht (Driessen, 1990 & 1992 & 1999 & 2002). Ook in België lopen er momenteel twee onderzoeken naar substitutiebehandeling (prof. Casselman & prof. Pelc en Y. Ledoux voor APB). Deze zouden eind 2003 afgerond zijn. Ze beperken zich enkel tot een beschrijvend gedeelte. Eventueel kan hier een evaluatie aan gekoppeld worden.

Prioriteit moet uitgaan naar meer kennis over de (toepassing van) bestaande middelen, zoals methadon, in functie van de optimalisering van de huidige praktijk. Momenteel beschikken we over te weinig kennis over de lage en hoge doseringen, welke effecten hiermee bereikt worden,... . Momenteel wordt er te veel vanuit een subjectieve invalshoek gedoseerd. Er is nood aan uniformiteit. Er zijn minimale guidelines en protocols nodig.

Een ander knelpunt is de combinatie van methadon met andere medicijnen bij personen met een psychiatrische problematiek en problematisch middelengebruik. Welke effecten heeft deze combinatie? Hoe verhouden ze zich tegenover elkaar? Wat moet prioriteit krijgen? Vooral voor de huisartsen blijkt dit nog steeds een moeilijk punt te zijn.

Verruiming van het aanbod

Niet alleen het aanbod van en de kennis over substitutiemiddelen, maar ook het aanbod aan programma's is beperkt. Vele voorzieningen kampen met een lange wachtlijst of worstelen zich door een hoge caseload. Er is nood aan een ruimer aanbod en meer toegankelijke zorg. We doelen hier niet enkel op verruiming van het medische aanbod, maar ook op de psychosociale begeleiding. Verruiming betekent niet enkel een groter aanbod, maar ook een meer gedifferentieerd aanbod, waardoor grotere groepen worden bereikt. Meer toegankelijke zorg betekent onder andere meer laagdrempelige aanbod, maar ook het anders aanbieden van de zorg (Driessen, 1990 & 1992 & 1999 & 2002). Indien er extra financiële middelen voorhanden zouden zijn, moeten deze prioritair gebruikt worden om het aanbod verder uit te breiden (vnl. opzetten van nieuwe vormen, nieuwe experimenten). Prioriteit is de uitbouw van een laagdrempelige basiszorg, voor een ruime doelgroep, met grote toegankelijkheid en ruimte voor specifieke programma's voor specifieke groepen.

In het buitenlands onderzoek zien we dat de succesrate van de gecontroleerde heroïneverstrekking sterk beïnvloed wordt door de voorziene omkadering. In Nederland werd bijvoorbeeld een gans nieuw aanbod voorzien voor de cliënten die in het experiment participeren. De omkadering op zich kan al voor een deel de succesresultaten verklaren. Indien we de extra middelen die nodig zijn voor een experiment met gecontroleerde heroïneverstrekking voorzien in de reguliere programma's, zullen we hoogstwaarschijnlijk betere resultaten bereiken voor meer cliënten. De volgende stap kan dan een uitbreiding van de beschikbare substitutiemiddelen met o.a. heroïne zijn.

Bijgebruik

Bijgebruik van heroïne wordt vaak als een exclusiecriterium gehanteerd in de hulpverlening. Hierdoor worden veel gebruikers uit voorzieningen gezet of zijn de bestaande voorzieningen te hoogdrempelig. Met gecontroleerde heroïneverstrekking

gaan we heroïne aanbieden om de gebruikers in een programma te krijgen. Dit lijkt eerder contradictorisch. We moeten ons de vraag durven stellen of we niet hetzelfde resultaat kunnen bereiken indien we gebruikers zouden toelaten om in een regulier programma bij te gebruiken.
Verder is het niet zo dat gebruikers die in een methadonprogramma heroïne bijgebruiken per se slechter functioneren op maatschappelijk gebied. Zoals eerder vermeld is de voornaamste doelstelling het verbeteren van de kwaliteit van leven van de cliënt. Misschien komt heroïneverstrekking hier ook aan tegemoet.

Polydruggebruik

Het verstrekken van heroïne beoogt een groep heroïne-afhankelijken te bereiken, maar mensen die enkel heroïne gebruiken zijn zeldzaam. Van deze groep zijn er heel wat die meerdere middelen gebruiken, m.a.w. polydruggebruikers. Het is zeer de vraag in hoeverre gecontroleerde heroïneverstrekking een antwoord kan bieden op deze complexe problematiek van polydruggebruik. Anderzijds zou het verstrekken van heroïne wel een ingangspoort kunnen zijn om iets aan de problematiek van deze doelgroep te doen en de kwaliteit van hun leven te verbeteren.

c. Voordelen van gecontroleerde heroïneverstrekking

Therapietrouw

De keuze voor een bepaald product of hoge of lage doseringen van een substitutiemiddel wordt in grote mate ingegeven door de doelstelling om therapietrouw te bereiken. Als dit bereikt is, dan kunnen gezondheids- en maatschappelijke verwachtingen ingevuld worden. Door de strikte regels die aan gecontroleerde heroïneverstrekking worden verbonden, is dit een mooi voorbeeld waarbij via structurering de kans op therapietrouw kan vergroot worden. De therapietrouw is niet enkel afhankelijk van het middel zelf, maar voornamelijk van de regelmatige contacten. Gecontroleerde heroïneverstrekking zou dus voor contacten met heroïnomanen kunnen zorgen die nu met het huidige aanbod niet bereikt worden. Vervolgens kan men dan verder werken op andere gebieden afhankelijk van de specifieke vraag van de cliënt. Prioritair moet hier dan weer werk gemaakt worden van een verruiming van het actuele aanbod (cf.infra).

Euforie

Voor sommige cliënten blijft de hunker naar euforie doorwegen en zij blijken weinig baat te hebben bij methadonprogramma's. Het positieve effect van het verstrekken van heroïne is dat men via het middel heroïne tegemoetkomt aan de vraag naar euforie in ruil voor een sterkere structurering van het leven van de cliënt. Maar echt wetenschappelijk is het belonende karakter van heroïne evenwel nog niet onderbouwd. Verder maakt de euforie van heroïne het product iets aangenamer, maar is het geen garantie op geluk of psychisch goed voelen.

Harm reduction

Andere voordelen lopen gelijk met andere harm reduction-initiatieven: aanzetten tot veilig injecteren of zelfs stoppen met injecteren; invloed op aanhoudende justitiële problemen; zuivere heroïne ... (cf. literatuurdeel).

D. *Nadelen van gecontroleerde heroïneverstrekking*

Maatschappelijk draagvlak?

Voor het goede verloop van een experiment met gecontroleerde heroïneverstrekking is een breed maatschappelijk draagvlak nodig. Dit is geen gemakkelijke opdracht. Voor veel mensen is het een ver-van-mijn-bed-show terwijl het voor anderen te ver gaat in het 'belonen' van druggebruikers. De belangrijkste doelstelling van het gecontroleerd verstrekken van heroïne is het verbeteren van de kwaliteit van leven van de cliënt. Maar voor de algemene bevolking zal dit niet voldoende zijn. Een focus op overlast kan wellicht een aantal mensen over de brug helpen, maar zoals hierboven reeds vermeld moeten we hiermee voorzichtig zijn, vermits er geen rechtstreeks verband werd aangetoond.

Beperkte maatschappelijke integratie

Vermits het hier gaat om een kortwerkend opiaat, moet de cliënt driemaal daags zijn heroïne afhalen. Mogelijkheden op tewerkstelling worden hierdoor verkleind. Maar ook in de bestaande programma's kunnen cliënten vaak niet meer werken omwille van het behandelingsprogramma.

Kostprijs

Indien men de cliënten op een integrale manier wil benaderen, zullen er heel wat middelen ter beschikking gesteld moeten worden. De kostprijs van gecontroleerde heroïneverstrekking is veel groter dan bij methadon. Alleen al om het personeel te voorzien dat 24u op 24u ter beschikking moet staan. Sommige spreken over vier maal de kostprijs van methadonverstrekking, andere over vijftien maal. Bovendien merken we uit de buitenlandse experimenten dat de financiële haalbaarheid afhankelijk is van de grootte van de bereikte groep. Dit is logischerwijze afhankelijk van de inclusiecriteria die opgesteld worden.

Indicatiestelling

Tenslotte rest nog de vraag naar indicatiestelling. Wie zal je toewijzen aan heroïneverstrekking en wie aan methadon? Kan je cliënten die (nog) niet in aanmerking komen voor heroïneverstrekking nog voldoende motiveren om bij de methadon te blijven? Welke (impliciete) boodschap geef je aan beginnende gebruikers en hoe kan je onthouding nastreven indien er een aanbod is van gecontroleerde heroïneverstrekking? Dit blijken nog de grootste vraagtekens te zijn.

E. 'Experiment'

We stellen ons vragen bij een eventueel experiment m.b.t. gecontroleerde heroïneverstrekking in België. Twee grote argumenten halen we hiervoor aan.

Buitenlands onderzoek

In het buitenland zijn er reeds verschillende experimenten verricht. Waarom is het nog nodig in België een soortgelijk onderzoek op te zetten? We verwachten niet dat dit nog veel nieuwe informatie zal aanbrengen. Als men dan toch een experiment opzet, zou het beter zijn zich te richten tot de onopgeloste vragen. In buitenlands onderzoek heeft men zich voornamelijk gericht tot de medische doelstellingen van het experiment, maar de andere gebieden (zoals het psychosociale, werk,...) zijn zeker ook belangrijk om te onderzoeken.

Implicaties van een experiment

Een experiment impliceert dat men het programma na een bepaalde tijd moet stopzetten. Dit kunnen we ethisch moeilijk verantwoorden. Het is essentieel dat voor de start van een experiment garanties naar continuering van het project kunnen gegeven worden indien het experiment als succesvol wordt geëvalueerd.

Het is geweten dat de succesrate beïnvloed wordt door de tijd die men in het programma doorbrengt. In een kort programma is het moeilijk alle vragen van de cliënten van een antwoord te voorzien. Langere programma's geven de mogelijkheid om op verschillende leefgebieden van de cliënt iets te bereiken. Vermits men in medische experimenten enkel focust op het product, zal er voor de bijkomende programma's beroep moeten gedaan worden op het aanbod dat nu ter beschikking staat (en eventueel moet worden uitgebreid).

Een experiment brengt met zich mee dat de onderzoeksgroep voldoende participanten moet aantrekken. Hierin schuilt het risico dat mensen worden gedwongen om te participeren aan gecontroleerde heroïneverstrekking om gewoon aan hun onderzoeksgroep te komen.

Binnen het huidig internationaal wettelijke kader kan een experiment enkel in een medisch-farmacologisch wetenschappelijk kader. Dit betekent dat er weinig ruimte is voor psycho-sociale doelstellingen, gezien de projecten uiteindelijk enkel op medische criteria zullen geëvalueerd worden.

F. Criteria voor een experiment of programma

Indien het beleid beslist om over te gaan tot een experiment of programma, gaat de voorkeur uit naar een module die geïntegreerd wordt in het bestaande aanbod. Hiervoor is er nood aan een afbakening van de doelgroep en criteria voor good medical practice.

Doelgroep

De buitenlandse experimenten hebben zich steeds gericht naar de 'restgroep'; naar diegene die geen baat blijken te hebben bij een methadonbehandeling. Hiervoor werden verschillende criteria opgesteld. Bij het bespreken van deze restgroep, merken we dat een duidelijke afbakening van deze groep noodzakelijk is. Wie zou er baat kunnen hebben bij gecontroleerde heroïneverstrekking?

Als we ons trachten voor te stellen wie er baat zou hebben bij heroïneverstrekking, blijkt dit moeilijk te objectiveren. Verschillende aspecten komen aan bod die volgens ons belangrijk zijn bij de selectie van de doelgroep.

Algemeen

Een 'restgroep' zijn mensen die op een bepaald moment een bepaald gedrag stellen. Het is mogelijk dat dezelfde gebruiker het ene jaar niet tot deze groep behoort en het andere jaar wel; het is een momentopname en dus zeer dynamisch. Er is steeds een 'restgroep' en die zal er ook steeds zijn. We opteren ervoor om niet te spreken in termen van een restgroep, maar over een groep mensen die met het bestaande aanbod vastlopen of geen antwoord krijgen op hun vraag. Er moet gezocht worden naar een meer positieve benaming van deze groep.

Geen baat bij methadonprogramma's

Uit ervaring blijkt dat wanneer men in een methadonprogramma effect heeft in jaar twee of drie, men verder zal verbeteren of stabiliseren. Indien men dan nog geen effect bereikt heeft, volgt vaak een afvlakking. Deze laatste groep zou baat kunnen hebben bij gecontroleerde heroïneverstrekking. Hoe complexer de problematiek, hoe meer kans dat die mensen gaan vastzitten. Voornamelijk cliënten met een complexe

problematiek (o.a. dubbele diagnose,...) zouden baat kunnen hebben bij gecontroleerde heroïneverstrekking.

Nieuwe groep zonder behandelingsverleden

De meeste buitenlandse experimenten hanteren als inclusiecriterium dat de participanten reeds een lange tijd in behandeling moeten geweest zijn. Voor sommigen moet het kunnen om heroïne voor te schrijven aan een groep die nog niet in behandeling is geweest. De gecontroleerde heroïneverstrekking is dan een middel om deze groep in de hulpverlening binnen te halen. Over dit standpunt was er geen consensus.

Individueel afwegen

Het is moeilijk om algemene criteria op te stellen. We stellen voor om alle leefgebieden aan de hand van de EuropASI te screenen en op basis hiervan een evaluatie te maken. Dit hangt samen met het vermoeden dat voornamelijk de personen met een complexe problematiek baat zullen hebben bij heroïneverstrekking. Een individueel afwegen lijkt ons dus de beste methode.

Indicatiestelling

De vraag wie de diagnose zal stellen roept nog enkele bedenkingen op. Zowel de indicatiestelling als het voorschrijven willen we beperken tot artsen verbonden aan gespecialiseerde centra. De kennis die men heeft over de substitutiemiddelen zouden in een protocol kunnen vertaald worden, zodat de artsen uniforme richtlijnen ter beschikking hebben.

G. Conclusie

Op dit ogenblik blijven nog heel wat vraagtekens en discussiepunten over gecontroleerde heroïneverstrekking bestaan, waardoor het niet mogelijk is tot een uitgesproken en eenduidige visie van de sector te komen. Toch kunnen we hier al enkele conclusies voorstellen.

Vanuit een gezondheidsperspectief pleiten wij voor een holistische aanpak van de drugproblematiek in het algemeen en de aanpak van heroïne-afhankelijkheid in het bijzonder. Het verbeteren van de levenskwaliteit van de cliënt staat hierbij centraal.

De discussie rond gecontroleerde heroïneverstrekking moet gevoerd worden in een ruimer kader van substitutiebehandeling. Er is duidelijk meer nood aan een gedifferentieerd substitutiebeleid, met nadruk op het optimaliseren en evalueren van het bestaande aanbod. Prioriteit moet uitgaan naar meer kennis over de toepassing van bestaande middelen, zoals methadon. Verder is er ook nood aan een meer toegankelijke zorg; dit betekent o.a. meer laagdrempelige zorg voor een ruimere doelgroep. Gecontroleerde heroïneverstrekking wordt op dit moment niet prioritair gezien in het debat over substitutiebehandeling. Het kan evenwel een aanvullende module zijn binnen een uitgebreid zorgaanbod en biedt een aantal voordelen op het vlak van therapietrouw en harm reduction. De doelgroep die hiervoor in aanmerking kan komen moet nog verder onderzocht en verfijnd worden. Als belangrijkste nadelen zien we een gebrek aan maatschappelijk draagvlak en de hoge kostprijs van deze behandelingsvorm.

Tenslotte willen we een aantal vraagtekens plaatsen bij de relevantie van een experiment met gecontroleerde heroïneverstrekking in België. We stellen ons vragen over de implicaties van een experiment (tijdelijk karakter, financiering van de noodzakelijke omkadering, omvang van de onderzoekgroep, enz.).

4 ▸ Bibliografie

American Psychiatric Association (1998). *Behandelingsrichtlijnen: Alcohol, cocaine en opiaten.* Diagnostiek, ziekte-kenmerken en behandelprincipes in aansluiting op de DSM-IV. London: Swets & Zeitlinger.

Ball, J.C., & Ross, A., ( ). *The effectiveness of methadone maintenance treatment: patients, programs, services and outcome.* New York: Springer-Verlag.

Belgisch Staatsblad (2002). 22 augustus 2002: *Wet strekkende tot de wettelijke erkenning van behandelingen met vervangingsmiddelen en tot wijziging van de wet van 24 februari 1921 betreffende het verhandelen van de giftstoffen, slaapmiddelen en verdovende middelen, ontsmettingsstoffen en antiseptica.* Brussel: ministerie van Sociale Zaken, Volksgezondheid en leefmilieu.

Casselman, J., & Meuwissen, K., (2001). *Evaluatie van de Medisch-Sociale Opvangcentra voor druggebruikers van Antwerpen en Genk/Limburg.* Leuven: Katholieke Universiteit Leuven, Afdeling Strafrecht, strafvordering en Criminologie, onderzoeksgroep gerechtelijke geestelijke gezondheidszorg.

Centrale commissie behandeling heroïneverslaafden (2002). *Heroïne op medisch voorschrift: verkorte weergave van de rapportage.* Utrecht: CCBH. Gedownload op 5 september 2002 van: ccbh.nl/NL/index.htm.

Commission on Narcotic Drugs (1997). *Effects on individuals, society and international drug control of the prescription of narcotic drugs to drug addicts.* Vienna: United Nations Economic and Social Council. Gedownload op 5 september 2002 van: odccp.org/pdf/document_1997-01-21_2.pdf

De Donder, E., (2002). *Alcohol, illegale drugs, medicatie en gokken: 2001. Recente ontwikkelingen in Vlaanderen.* Brussel: VAD.

De Ruyver, B., Bosman, G., Bullens, F., & Vander Laenen, F., (2001). *Evaluatie van de Medisch-Sociale Opvangcentra voor druggebruikers van Gent en Oostende.* Gent: Universiteit Gent, Vakgroep Strafrecht en Criminologie, Onderzoeksgroep Drugbeleid en Internationale Criminaliteit.

De Ruyver, B., Vermeulen, G., Vander Beken., T., Vander Laenen, F., & Geenens, K., (2002). *Multidisciplinary Drug Policies and the UN Drug Treaties.* Antwerpen: Maklu.

Driessen, F.M.H.M., Völker, B.G.M., Kregting, J., & Van der Lelij, B. (1999). *De ontwikkeling van de situatie van methadoncliënten gedurende twee jaar: verslag van een onderzoek, uitgevoerd in opdracht van het Ministerie Van Volksgezondheid, Welzijn en Sport.* Den Haag: bureau Driessen.

Driessen, F.M.H.M., (1990). *Methadonverstrekking in Nederland: verslag van een*

inventarisatieonderzoek onder alle methadonverstrekkende instellingen in Nederland, uitgevoerd in opdracht van het Ministerie van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur. Den Haag: bureau Driessen.

Driessen, F.M.H.M., (1992). *Methadoncliënten in Nederland: verslag van een onderzoek onder methadoncliënten in Nederland, uitgezonderd de vier grote steden, uitgevoerd in opdracht van het Ministerie van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur.* Den Haag: bureau Driessen.

Driessen, F.M.H.M., Van der Lelij, B., Smeets, H.M., (2002). *Effecten van hoge doses methadon: een gerandomiseerd lange termijn experiment op negen locaties: eerste resultaten.* Den Haag: bureau Driessen.

European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (1998). *Overview of medical prescription of heroin in the EU.* Lissabon: EMCDDA.

European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (2000). *Reviewing current practice in drug-substitution treatment in the European Union.* Lissabon: EMCDDA.

Federale regering (2001). *Beleidsnota van de federale regering in verband met drugproblematiek* (niet-gepubliceerde beleidsnota). Brussel: federale regering.

Fischer, B., & Rehm, J., (1997). *The chase for a heroin substitution treatment trial in Canada. Canadian Journal of Public Health, 88* (6), 367-370.

Fischer, B., Rehm, J., Kirst, M., Casas, M., Hall, W., Krausz, M., Metrebian, N., Reggers, J., Uchtenhagen, J., Van Den Brink, W., Van Ree, J.M., (2002). Heroin-assisted treatment as a response to the public health problem of opiate dependence. *European Journal of Public Health, 12* (3), pp. 228-234

Fleming, P., (1997). Prescription heroin as treatment for dependence – Current UK situation. In: Bammer, G. (ed.) (1997). *International perspectives on the prescription of heroin to dependent users: a collection of papers from the United Kingdom, Switzerland, the Netherlands and Australia.* Canberra: The Australian National University.

Gezondheidsraad (1995). *Het voorschrijven van heroïne aan verslaafden aan heroïne: deeladvies van een commissie van de Gezondheidsraad.* Den Haag: Gezondheidsraad.

Gossop, M., Marsden, J., Stewart, D., & Kidd, T., (2003). The National Treatment Outcome Research Study (NTORS): 4-5 year follow-up results. *Addiction, 98* (3), pp. 291-303.

Green, C., (2002). Research Brief No 2002/06: *Minimising the harm of illicit drug use: drug policies in Australia.* Queensland: Queensland Parliamentary Library.

Gutzwiller, F., & Steffen, T., (2000). *Cost-benefit analysis of heroin maintenance treatment.* Freiburg: Karger.

Hendriks, V.M., Van den Brink, W., Blanken, P.,& Van Ree, J.M., (2000). Heroïne op medisch voorschrift: achtergrond en opzet van het Nederlandse onderzoek naar de effectiviteit van behandeling met heroïne bij chronische, therapieresistente methadoncliënten. In: Buisman, W.R. (ed.), (2000). *Handboek verslaving*. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum.

INCB (2002). *Report of the external expert committee of the WHO: statements of the UN International Narcotics Control Board* (INCB). Gedownload op 10 oktober 2002 van: www.gdpn.org/dpna/resources/criticismheroin.htm.

Jepsen, J., (2001). What kind of science for what kind of decision? The discourse on a Danish heroin maintenance experiment. *Contemporary Drug Problems, 28* (2), 245-275.

Klingemann, H.K.H., (1996). Drug treatment in Switzerland: harm reduction, decentralization and community response. *Addiction, 91,* 723-736.

Lemmens, P.H., (2003). Editorial: Dutch government backs down on heroin prescription, despite successful trial. *Addiction, 98,* 247-249.

Leurquin, P., Bils. L., Hariga, F., Köttgen, S., Laudens F., & Vanderveken, M., (2000). *Belgisch nationaal rapport over drugs 2000*. Brussel: Wetenschappelijk Instituut Volksgezondheid, Dienst Epidemologie – Belgian Information Reitox Network (BIRN).

Leuw, E., & Grapendaal, M., (1995). Mogelijke effecten van verstrekking van heroïne op criminaliteit en overlast door drugsverslaafden. *Tijdschrift voor alcohol, drugs en andere psychotrope stoffen 21,* (2), 87-94.

Metrebian, N., Shanahan, W., & Stimson, G.V., (1996). Heroin prescribing in the United Kingdom: an overview. *European Addiction Research, 2,* 194-200.

Metrebian, N., Shanahan, W., Wells, B., & Stimson, G.V., (1998). Feasibility of prescribing injectable heroin and methadone to opiate-dependent drug users: associated health gains and harm reductions. *MJA, 168,* 596-600.

Metrebian, N., Shanahan, W., Stimson, G.V., Small, C., Lee, M., Mtutu, V., & Wells, B., (2001). Prescribing drug of choice to opiate dependent drug users: a comparison of clients receiving heroin with those receiving injectable methadone at a West London drug clinic. *Drug and alcohol review, 20,* 267-276.

Ministerial Council on Drug Strategy (1998). *National Drug Strategic Framework 1998-99 to 2002-03: Building Partnerships.* Australia: government.

National Centre for Epidemiology and Population Health (1991). *Feasibility Research into the controlled availability of opioids.* Canberra: the Australian National University.

NewsBriefs (1998). *Switzerland expands heroin maintenance program.* Berne: Federal Department of Internal Affairs.

Pelc, I., De Ruyver, B., Casselman, J., Noirfalise, A., & Macquet, C., (2001). *Evaluatie van de medisch-sociale opvangcentra voor druggebruikers: algemeen rapport.* Brussel: Diensten van de Eerste Minister, Federale diensten voor wetenschappelijke, technische en culturele aangelegenheden.

Perneger, T.V., Giner, F., del Rio, M., & Mino, A., (1998). Randomised trial of heroin maintenance programme for addicts who fail in conventional drug treatments. *BMJ*, 317 (7150); 13-18.

Reggers, J., (1999). *Protocole clinique: délivrance d'heroïne sous contrôle médical.* Luik: Universiteit Luik.

Rehm, J., Gschwendt, P., Steffen, T., Gutzwiller, F., Dobler-Mikola, A., & Uchtenhagen, A., (2001). Feasibility, safety, and efficacy of injectable heroin prescription for refractory opioid addicts: a follow-up study. *The Lancet, 358* (9291). Gedownload op 5 december 2002 van: www.drugtext.org/press/2001.

Satel, S.L., & Aesbach, E. (1999). The Swiss heroin trials: scientifically sound? *Journal of Substance Abuse Treatment, 17* (4), 331-335.

Simoens, S., Matheson, C., & Bond C., (2002) (niet-gepubliceerd werk). *Prescribing heroin to opiate-dependent users: the international experience.* Aberdeen: University of Aberdeen.

Simoens, S., Matheson, C., & Bond, C., (2002) (niet-gepubliceerd werk). *Prescribing heroin to opiate-dependent users: the international experience.* United Kingdom: University of Aberdeen.

Single Convention on Narcotic Drugs, New York, 30 March 1961, as amended by the 1972 Protocol amending the Single Convention on Narcotic Drugs. 1961, Geneva, 25 March 1972. Gedownload op 5 december 2002 van: incb.org/e/conv/1961.

Swiss Federal Office of Public Health (2001). *Heroin- assisted treatment* (HeGeBe) in 2000 (abridged version). Gedownload op 15 januari 2003 van: bag.admin.ch/sucht/therapie/hegebe/e/hegebe.pdf

Todts, S., (2002). Belgium: *The legal situation of substitution treatment.* Gedownload op 15 januari 2003 van: www.ac-company.org/en/news_en/be_news_en/be_methadone_en.html#down2

Uchtenhagen, A., Dobler-Mikola, A., Gutzwiller, F., (1995). Paper presented on the VIth International Conference on the Reduction of Drug Related Harm in Florence: *Medically controlled prescription of narcotics: a Swiss national project.*

Uchtenhagen, A., Dobler-Mikola, A., Steffen, T., Gutzwiller, F., Blätter, R., & Pfeifer, S., (1999). *Prescription of narcotics for heroin addicts: main results of the Swiss National cohort study.* Freiburg: Karger.

Uchtenhagen, A., Dobler-Mikola, A., Steffen, T., Gutzwiller, F., (1997). Programme for a Medical Prescription of Narcotics: a synthesis of results. *European Addiction Research, 3,* 160-163.
Vandenbussche, E., (2001). *Vlaamse Registratie Middelengebruik (VRM). Registratiegegevens 1999.* Brussel: VAD.
Vanderplasschen, W., Mostien, B., Claeys, V., & Van Bouchaute, J., (2001). *Conceptnota organisatiemodel zorgcircuit middelenmisbruik* (Orthopedagogische Reeks Gent Nummer 12). Gent: Universiteit Gent, Vakgroep Orthopedagogiek.
Wodak, A., (1997). Public health and politics: the demise of the ACT heroin trial. *MJA, 167,* 348-349.
Wodak, A., (2001). *Overseas heroin trials point the way ahead.* Gedownload op 15 januari 2003 van: www.smh.com.au

Websites

- www.heroinstudie.de;
- www.tachauch.de/background/gesundheit/drogen/1201_modell.html;
- www.jugend-hilft-jugend.de/news/101367433241693.shtml.



V.U.: S. Ansoms | E.Tollenaerestraat 15 | 1020 Brussel
wettelijk depotnummer D/2003/6030/12